



UNIVERSIDAD DE CHILE  
Facultad de Filosofía y Humanidades  
Departamento de Ciencias Históricas

EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTIAGO DURANTE EL SIGLO  
XVIII: EL BUEN GOBIERNO DE UN ESPACIO DE ACOGIDA

Informe de Seminario de Grado para optar al grado de Licenciado en Historia  
Seminario de Grado: *Construcción de subjetividades desde las prácticas y discursos de los  
oficios y lo oficial*

Alumna: Fernanda Barrera Ponce  
Profesora guía: Paulina Zamorano Varea

Enero 2016  
Santiago

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
a) El hospital San Juan de Dios de Santiago en contexto.....	3
b) Objetivos e hipótesis de la investigación .....	6
c) Marco teórico .....	8
d) Estructura del trabajo y corpus documental .....	12
CAPÍTULO PRIMERO.....	14
Bosquejo del Hospital en el Chile colonial .....	14
a) El hospital colonial convertido en una reliquia.....	15
b) Una casa de acogida para los pobres enfermos .....	18
c) La administración mixta del hospital: lo civil junto a lo eclesiástico .....	25
d) Conclusión.....	33
CAPÍTULO SEGUNDO .....	35
Por un adecuado hospital para los pobres enfermos de Santiago.....	35
a) El funcionamiento del hospital dentro de la ciudad de Santiago .....	36
b) Los problemas del hospital.....	46
i. Los estados de renta: “una miscelánea de confusión” .....	47
ii. La falta de método, arreglo, orden y proporción en la asistencia dentro del hospital .....	52
iii. “Para renovar y purificar el aire”: el estado del edificio hospitalario .....	56
c) Conclusión.....	60
CAPÍTULO TERCERO .....	63
Para un buen gobierno, una exacta observancia: reglamentos en el hospital San Juan de Dios de Santiago (1802 y 1821) .....	63
a) Los mandatos dentro del hospital.....	64
b) Atribuciones y limitaciones de los que trabajaban en el hospital .....	70

i.    Los oficios seculares: del médico a la lavandera.....	71
ii.   Los religiosos de San Juan de Dios: del capellán al enfermero .....	75
c)    Mecanismos de acogida, asistencia y gobierno.....	80
d)    Conclusión.....	87
CONCLUSIONES.....	90
BIBLIOGRAFÍA .....	92
ÍNDICE DE TABLAS Y ANEXOS.....	100

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tendrá por objeto estudiar al hospital San Juan de Dios de Santiago durante el siglo XVIII. Nuestro principal objetivo es analizar el gobierno que se instauró en este hospital entendido como un espacio de acogida para los pobres enfermos de la sociedad urbana colonial de Santiago. Este propósito conlleva comprenderlo como una institución pública a la cual se le atribuyeron determinados modelos de órdenes administrativos, gubernativos, asistenciales, etcétera, que buscaban otorgarle nuevos significados para que el recinto pudiera subsanar adecuadamente los problemas sociales que se le encargaban. En este sentido, la propuesta de George Rosen de observar a los hospitales como órganos de la sociedad<sup>1</sup>, nos ha permitido generar un estudio basado en el establecimiento de una conexión entre el hospital San Juan de Dios de Santiago y las necesidades sociales y políticas de un determinado periodo histórico.

### a) El hospital San Juan de Dios de Santiago en contexto

Esta relación entre el hospital y las necesidades del entorno en el cual se ha instalado podemos encontrarla desde 1541 en Hispanoamérica con la cédula real de Carlos I que mandaba a los virreyes, audiencias y gobernadores a fundar hospitales en todos los pueblos de españoles e indios “donde sean curados los pobres enfermos, y se ejercite la caridad christiana”<sup>2</sup>. Luego, en 1573, Felipe II despachó una ordenanza que dictaba que todas las ciudades o villas tuvieran hospitales junto a las iglesias para los enfermos de enfermedades contagiosas<sup>3</sup>. Con ello, la fundación de hospitales se instauró como una práctica obligatoria que contaba con el patrocinio real. Bajo esta perspectiva, en 1552, Pedro de Valdivia fundó en Santiago el hospital de Nuestra Señora del Socorro, el cual comenzó a funcionar en 1554 bajo el mando de la cofradía homónima asentada en un solar donado a la orden franciscana. No obstante, durante todo el siglo XVI, el hospital estuvo a cargo del Cabildo de la ciudad,

---

<sup>1</sup> Según George Rosen, una sociología histórica del hospital requiere observar a este recinto como un órgano de la sociedad, “que comparte sus características, que cambia a medida que la sociedad de la cual es parte se va transformando, y que lleva hacia el futuro las evidencias de su pasado”. Véase: George Rosen, *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*, México, Siglo XXI, 2005, p, 316.

<sup>2</sup> *Recopilación de Leyes de los Reynos de las Indias*, Edición facsimilar [1680], Madrid, Consejo de la Hispanidad, 1943. Libro I, Tít. IV, Ley J, p, 23.

<sup>3</sup> *Ibid.*, Libro I, Tít. IV, Ley II, p, 23.

el cual actuó como patrono del recinto<sup>4</sup> y supeditó a la cofradía al intervenir en la administración interna nombrando mayordomos. Esta situación se mantuvo hasta 1617 cuando, por orden del gobernador de Chile Alonso de Ribera y Zambrano, pasó a encargarse de la administración la orden hospitalaria de San Juan de Dios.

Durante el siglo XVI también se fundaron hospitales en La Serena, Concepción y Arica. En 1544, Pedro de Valdivia mandó al capitán Juan Bohon a fundar un hospital en La Serena que llevó el nombre de Nuestra Señora de la Asunción, el cual comenzó a funcionar en 1559 a cargo del Cabildo de la ciudad<sup>5</sup>. Por otro lado, en Concepción la fecha de fundación del hospital es incierta debido al continuo abandono de la ciudad por cuestiones bélicas<sup>6</sup>. No fue hasta 1558, cuando el gobernador de Chile García Hurtado de Mendoza y Manrique mandó a reestablecer el hospital bajo el nombre de Nuestra Señora de la Misericordia dejándolo bajo control del Cabildo secular. En 1617, el hospital de Concepción pasó a administrarse por los hermanos de San Juan de Dios, mientras que el de La Serena tuvo que esperar a 1700 para que, mediante la intervención del fray limeño Juan Fuentes y Carraza, el hospital fuera reconstruido y dirigido por la orden hospitalaria.

A diferencia de los hospitales de La Serena y Concepción, el de Arica se mandó a fundar por el virrey Francisco Álvarez de Toledo en 1577 quedando bajo supervisión de la provincia de Arequipa del virreinato del Perú<sup>7</sup>. Al igual que en los hospitales ya nombrados, el de Arica pasó a ser dirigido por la orden de San Juan de Dios en 1616. Si bien el hospital de Arica no estaba dentro de la administración de la Capitanía General de Chile, se incluye dentro de esta trama de fundaciones de recintos hospitalarios bajo el alero de la autoridad civil, la cual delegó el gobierno de estos lugares en una orden eclesiástica-hospitalaria debido al estado precario de los hospitales coloniales que contaban con pocos recursos, personal médico y edificios estables<sup>8</sup>.

A fines del siglo XVII y durante todo el siglo XVIII, se comenzaron a fundar nuevos hospitales que, al igual que los anteriores, quedaron bajo la guía de la orden de San Juan de Dios. Entre estos se cuentan al de Valdivia (1645), el de Valparaíso (1785) y el de Chillán

---

<sup>4</sup> Enrique Laval, *Historia del hospital San Juan de Dios de Santiago (Apuntes)*, Santiago, Asociación Chilena de Asistencia Social, 1949, p, 15.

<sup>5</sup> Enrique Laval, *Hospitales fundados en Chile durante la colonia*, Santiago, Universitaria, 1935, p, 34.

<sup>6</sup> *Ibid.*, p, 62.

<sup>7</sup> *Ibid.*, p, 93.

<sup>8</sup> Ricardo Cruz-Coke, *Historia de la medicina chilena*, Santiago de Chile, Andrés Bello, 1995, pp, 140-146.

(1786). No obstante, frente a estas iniciativas amparadas por la orden eclesiástica, se erigieron hospitales como proyectos privados incentivados por las autoridades locales. El más importante de ellos fue el hospital San Francisco de Borja fundado en 1772 en Santiago, pero que comenzó a funcionar en 1782 con cincuenta camas exclusivamente para mujeres. Este hospital nació cuando el Cabildo de Santiago le solicitó al rey que se destinase el Colegio del Noviciado de San Francisco de Borja, una propiedad que era de los jesuitas, para abrir un hospital donde se curasen solo mujeres, ya que no se les estaba brindando una adecuada asistencia en un recinto hospitalario mixto que además estaba comandado por hombres<sup>9</sup>. El segundo ejemplo lo encontramos en Talca cuando en 1803 se fundó el hospital El Salvador bajo la iniciativa de los hermanos Juan Manuel y Nicolás de la Cruz, quienes le plantearon a la Real Audiencia abrir un hospital para los soldados que llegaban heridos desde la frontera en el río Bío-Bío.

Tanto el hospital de mujeres de Santiago como el de Talca no fueron dirigidos por una orden religiosa, pero sí estuvieron amparados por la corona española y las autoridades locales. Sin embargo, al igual que el hospital San Juan de Dios de Santiago, adquirieron la categoría de hospitales reales pudiendo optar a la novena parte del impuesto del diezmo. De este modo, se define un escenario histórico donde los hospitales coloniales nacían para encargarse de los enfermos y heridos de la ciudad, entendidos como un problema que afectaba a todos, por ende, los hospitales eran vistos como instituciones públicas bajo patronato real, es decir, que contaban con la protección del rey, pero, al mismo tiempo, se supeditaban a su vigilancia y normas a través de sus funcionarios o representantes locales.

Sin embargo, una visión del hospital en consonancia con las necesidades políticas y sociales de la ciudad no ha sido ampliamente trabajada en las investigaciones sobre hospitales coloniales en Chile. En este sentido, los estudios más prolijos son los del doctor Enrique Laval con *Historia del hospital San Juan de Dios de Santiago (Apuntes)* e *Historia del hospital San Francisco de Borja de Santiago (1772 – 1944)*<sup>10</sup>. Ambos textos nos permiten situarnos en un esquema cronológico y episódico para estudiar al hospital San Juan de Dios de Santiago durante el siglo XVIII que se construyó utilizando material documental inédito para su época de publicación. A modo general, Laval presenta a los

---

<sup>9</sup> Laval, “Hospitales fundados...”, *Op.Cit*, p, 23.

<sup>10</sup> Enrique Laval, *Historia del hospital San Francisco de Borja de Santiago (1772 – 1944)*, Santiago, Ediciones Universidad Católica de Chile, 2011.

hospitales como un todo que se transforma con el paso del tiempo. Para ello, une el funcionamiento del recinto con una determinada organización administrativa, cambios en las prácticas médicas y en la infraestructura y distintas situaciones económicas. No obstante, estas transformaciones no son siempre vistas como procesos históricos y no contemplan una conexión entre lo que ocurría dentro del hospital y su entorno, es decir, la ciudad, el gobierno local o las decisiones sobre políticas sanitarias que tomaba la corona española para ser aplicadas en América.

Ante este tipo de estudios, Diego Armus en *Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna* plantea que la historia de la medicina, hecha por médicos, buscan rescatar lo emblemático de su profesión a lo largo del tiempo, más que realizar una investigación interdisciplinaria y enfocada en el aspecto sociocultural de los fenómenos<sup>11</sup>. Para este autor, la medicina y, especialmente, la enfermedad deberían estudiarse desde múltiples variables que incluyan dimensiones sociodemográficas, procesos de profesionalización y medicalización, el papel que ha jugado el Estado en la construcción de la infraestructura sanitaria y, a modo general, todas las condiciones materiales de la vida y sus efectos en la mortalidad<sup>12</sup>. Este enfoque ha permitido que se redirija la mirada de los hospitales coloniales a las condiciones sociales del periodo histórico en el que se ubicaron.

### **b) Objetivos e hipótesis de la investigación**

De este modo, el siguiente trabajo de investigación parte de la necesidad de estudiar a los hospitales coloniales en Chile desde una mirada sociocultural que permita verlos como espacios en transformación en relación con las necesidades del entorno urbano en el que se erigieron. Con ello, observar al hospital San Juan de Dios de Santiago desde esta perspectiva conlleva comprender a una determinada sociedad, y los cambios dentro de ella, a través de los distintos significados que se le han otorgado a este recinto. Así, consideraremos como una premisa que este hospital se haya insertado en una red de fundaciones hospitalarias desde el siglo XVI que contaban con la protección real y la vigilancia de las autoridades locales, a pesar de que se les haya encomendado la

---

<sup>11</sup> Diego Armus, “Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna”, en: Álvaro Casas, Victoria Estrada y Jorge Márquez (editores), *Higienizar, medicar, gobernar. Historia, medicina y sociedad en Colombia*, Medellín, GIHSA Grupo de Investigación Historia de la Salud, Universidad Nacional de Colombia, 2004, 13-39, p, 15.

<sup>12</sup> *Ibid.*, p, 18.

administración y asistencia a una orden eclesiástica-hospitalaria. El hospital que nos proponemos estudiar lo observaremos desde esta primera relación con lo local que lo convierte en una institución pública que nace para solucionar un problema que afecta al conjunto de la sociedad.

Asimismo, consideramos que el hospital San Juan de Dios de Santiago, entendido como una institución pública y un espacio de acogida para los pobres enfermos de la ciudad, es un lugar que debe funcionar con un cierto orden para actuar adecuadamente. Con ello, el problema que guiará este trabajo apunta a identificar y definir los modelos de gobiernos que se instalaron dentro del hospital para que éste funcionara eficazmente para cumplir con sus objetivos. Este problema será analizado durante el siglo XVIII, especialmente, en un periodo tardío que se prolongará hasta 1823, año en que la orden hospitalaria de San Juan de Dios debe abandonar la administración del recinto. Hemos considerado que este marco temporal nos permite estudiar al hospital como una organización afianzada en la sociedad colonial, en torno a la cual se elaboraron propuestas para reformar el lugar, ya sea desde su administración como desde la reconstrucción del edificio. Del mismo modo, debemos considerar que durante el siglo XVIII también se nos presenta una nueva forma de administrar las colonias hispánicas, especialmente, con el giro estatal que provocaron las reformas borbónicas que buscaban restaurar y acrecentar la centralización debilitada durante los últimos Habsburgos<sup>13</sup>. Así, se evidencia que en este periodo ocurrió un cambio en la sociedad colonial dirigido a una mayor vigilancia administrativa, la cual repercutió en el hospital de San Juan de Dios de Santiago.

Los modos de gobernar no solo afectan al hospital en torno a cómo funcionará o debiera funcionar, sino que también construyen un significado de este recinto en consonancia con las necesidades de la sociedad. Es por ello que, cuando nos refiramos a su funcionamiento consideraremos el conjunto de tareas y atribuciones que se le encomendaban al hospital, y a las personas que trabajaban allí, para actuar ante ciertas contingencias, determinar qué se debía hacer dentro del recinto y definir qué tipo de orden se debía disponer para generar una imagen del hospital adecuada a la ciudad donde se instalaba.

---

<sup>13</sup> José Carlos Chiaramonte, “Modificaciones del pacto imperial”, en: Antonio Annino y Francois-Xavier Guerra, *Inventando la nación. Iberoamérica siglo XIX*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003, 85-113, p, 89.



Es así como la hipótesis que guiará el presente trabajo de investigación sostiene que durante el siglo XVIII el hospital San Juan de Dios de Santiago se habría consolidado como una institución pública de acogida donde se habría instalado un determinado orden bajo las directrices de un gobierno que nacía de lo civil y que buscaba dotar al recinto de los mecanismos adecuados para que funcionara en consonancia con las necesidades de la sociedad santiaguina. Aquello lo podemos observar a través de las propuestas de médicos y autoridades civiles en los informes de visita al hospital y en los reglamentos conformados y aprobados por instituciones locales, los cuales intentaron normar las prácticas de asistencia y de administración de las rentas dentro del recinto. Aquel tipo de gobierno habría generado una nueva imagen de hospital como un recinto secularizado y abocado a una administración civil, la cual se habría diferenciado de una imagen centrada en la caridad cristiana que se relacionaba con el gobierno impuesto por la orden hospitalaria de San Juan de Dios, a la cual habría estado sujeto el hospital desde el siglo XVII.

### **c) Marco teórico**

Observar al hospital como un espacio de acogida apunta a comprenderlo como una institución cuya función era admitir a los enfermos y malheridos de la ciudad para atenderlos gratuitamente. El acoger se unía al proteger y el amparar, lo que llevaba a que el hospital actuara como un refugio o albergue. Sin embargo, estos refugios, no nacieron como espacios civiles, sino que como espacios de caridad que se erigían desde iniciativas colectivas de beneficencia unidos a parroquias, monasterios y cofradías, los cuales, según Michell Mollat, en el siglo XIII en Europa central<sup>14</sup>, se encargaron de amparar a los indigentes de la ciudad a través de la creación de lugares de socorro bien administrados como los hospitales<sup>15</sup>.

Estos espacios de acogida, funcionales a la ciudad, los estudiaremos en consonancia con la propuesta de Norbert Elías sobre el cambio histórico de las organizaciones humanas basadas en un proceso de coacción social y de autocoacción<sup>16</sup>. Para este autor, las relaciones humanas generan una sociedad, no como un conjunto de grupos que interactúan

---

<sup>14</sup> Michel Mollat, *Pobres, humildes y miserables en la edad media: estudio social*, México, Fondo de Cultura Económica, 1988, pp, 124-133.

<sup>15</sup> *Ibid.*, p, 124.

<sup>16</sup> Norbert Elías, *El proceso de la civilización: investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*, 2ª edición, México, Fondo de Cultura Económica, 1989, pp, 449-463.

entre sí, ni como un cuerpo que busca sobrevivir y alcanzar el bienestar social, sino que como un conglomerado de interdependencias donde los hombres se autorregulan para responder a las necesidades del entramado social en el que están insertos<sup>17</sup>. En este sentido, la autorregulación conlleva una diferenciación y división de funciones, para dar paso a la creación de espacios que cubren las necesidades del entramado social, donde cada cual logra cumplir con su función social<sup>18</sup>.

De este modo, un hospital se nos presenta como un espacio de interdependencias e interrelaciones humanas, donde los hombres se distribuyen tareas para cubrir una necesidad social que es el socorro a los pobres enfermos mediante la acogida. Aquel fenómeno de intervención de la sociedad sobre ella misma para regularizar un espacio de caridad se incluye dentro de lo que Robert Castel conceptualizó como *sociabilidad secundaria*<sup>19</sup>. Para este autor, cuando la sociedad se comienza a complejizar y cuando sus integrantes se vuelven cada vez más interdependientes unos de otros, ya no puede existir un sistema de asistencia autorregulado por la comunidad donde se trata a los más carecientes con una atención mínima otorgada por tradición y costumbre<sup>20</sup>. Es aquí donde surge la necesidad de una administración estructurada y de servicios especializados que puedan transformar la ayuda en una asistencia institucionalizada y constituida por el conjunto<sup>21</sup>. Castel se refiere a esta intervención localista como un “despliegue de montajes”<sup>22</sup> que se caracterizan principalmente por: a) desarrollar prácticas especializadas de asistencia y establecer personal específico para llevarlas a cabo; b) tecnificar la intervención, es decir, construir categorías para guiar la acción de los nuevos funcionarios; c) localizar la asistencia en una sede institucional especializada; y, d) definir los criterios para aplicar la asistencia, es decir, establecer quiénes serían las personas admitidas teniendo en cuenta dos perspectivas: su “pertenencia comunitaria” (ser del lugar) y su ineptitud para el trabajo<sup>23</sup>.

---

<sup>17</sup> *Ibid.*, p, 451.

<sup>18</sup> *Ibid.*, p, 452.

<sup>19</sup> Robert Castel, *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*, Buenos Aires, Paidós, 1997.

<sup>20</sup> A la comunidad autorregulada, Castel la entiende bajo el concepto de “sociabilidad primaria”, es decir, como “sistemas autorregulados u homeostáticos, que recomponen su equilibrio movilizándolo sus propios recursos”. *Op.Cit.*, p, 36.

<sup>21</sup> *Ibid.*, p, 41.

<sup>22</sup> *Ibidem.*

<sup>23</sup> *Ibid.*, pp, 33-43.

Así, la sociabilidad secundaria tratada por Castel, en consonancia con la propuesta de Elías, nos permite abordar al hospital como una respuesta entregada por la estructura social para equilibrarse internamente. Con ello, nuestro estudio no apuntaría a la miseria, pobreza o enfermedad presente en la sociedad urbana que estudiamos, sino que se centraría en las funciones que cumpliría el hospital ante estos problemas sociales. En definitiva, lo observaríamos como una *institución social* que procede “al tratamiento particular (especial y especializado) de problemas que en sociedades menos diferenciadas eran asumidos sin mediación por la comunidad”<sup>24</sup>.

Visto el hospital como un espacio de intervención especializado creado por la sociedad para solucionar sus necesidades, debemos definir qué entenderemos por modelos de gobierno impuestos a este recinto durante nuestro periodo de estudio. Hemos adscrito a la propuesta de Michel Foucault sobre la aparición de un *arte de gobernar* en los Estados europeos durante el siglo XVII y XVIII basado en una nueva forma de ejercer el poder a través de la *disciplina*. Este fenómeno supone nuevos procedimientos, instrumentos y la conformación de un aparato que busca articular redes de poder sobre el tiempo y el trabajo de los cuerpos<sup>25</sup>. Las disciplinas no buscan aumentar las habilidades de los cuerpos mediante la sujeción, sino que formar un mecanismo para volverlos obedientes y útiles para incrementar la rapidez y la eficacia<sup>26</sup>.

La búsqueda de utilidad de los cuerpos mediante esta nueva mecánica del poder se habría manifestado a través de una nueva forma de comprender el gobierno, el cual comienza a definirse como la manera de disponer las cosas, pero no a través de la imposición de la ley, sino que a través de tácticas<sup>27</sup> o normas<sup>28</sup> para alcanzar los fines deseados. Así, “el fin del gobierno está en las cosas que dirige, en buscar la perfección, en la intensificación de los procesos que dirige, y en los instrumentos de gobierno que en vez de ser leyes serán tácticas multiformes”<sup>29</sup>. Este nuevo arte de gobernar del siglo XVIII se

---

<sup>24</sup> *Ibid.*, p, 40.

<sup>25</sup> Michel Foucault, *Defender la sociedad: curso en el Collège de France (1975-1976)*, México, Fondo de Cultura Económica, 2000, p, 43.

<sup>26</sup> Michel Foucault, *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*, 17º edición, Argentina, Siglo Veintiuno Argentina Editores, 1989, p, 141.

<sup>27</sup> Michel Foucault, “La gubernamentalidad”, en: Robert Castel (et.al), *Espacios de poder*, Madrid, La Piqueta, 1981, 9-26, p, 18.

<sup>28</sup> Foucault, “Defender la...”, *Op.Cit.*, p, 45.

<sup>29</sup> Foucault, “La gubernamentalidad...”, *Op.Cit.*, p, 18.

habría traspasado a la administración de instituciones en Hispanoamérica a través de la conformación de un Estado intervencionista bajo la monarquía de los borbones<sup>30</sup>. No obstante, para estudiar el cambio dentro de estas instituciones no debemos solo observarlas a partir de las relaciones de poder dentro de ellas porque, si bien estas son un punto de anclaje fundamental, lo que las materializó ocurrió también fuera de la institución<sup>31</sup>. Para Foucault, allí es donde se manifiestan *modos de acción* sobre un campo de posibilidades donde gobernar pasa a ser el modo de “estructurar el posible campo de acción de los otros”<sup>32</sup>.

En definitiva, estudiar al hospital como un espacio de acogida que durante el siglo XVIII se transformó debido a esta corriente de disciplinamiento entendido como una nueva forma de gobernar, nos llevaría a alejarnos de una visión del control social visto como una coacción desde *un algo* que crea mecanismos de dominación para regir la vida de las personas<sup>33</sup>. Por el contrario, con la propuesta de Foucault nos centraríamos en estas relaciones de poder y en la disposición de las cosas mediante tácticas para entender las dinámicas de la disciplina teniendo presente lo que identificaron Verónica Undurraga y Rafael Gaune como “claroscuros condicionados por las negociaciones, mediaciones, circulaciones, acomodados, transacciones y arbitrajes” que se entenderían desde “la verticalidad de las imposiciones institucionales <<desde arriba>> [que dialogan]

---

<sup>30</sup> James Lockhart, *América Latina en la edad moderna: una historia de la América española y el Brasil coloniales*, Madrid, Akal, 1992, p. 20.

<sup>31</sup> Michel Foucault, “El sujeto y el poder”, *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 50, n° 3, México, Julio-Septiembre, 1988, 3-20, p. 17. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/pdf/3540551.pdf?acceptTC=true> [consulta: abril, 2015].

<sup>32</sup> *Ibid.*, p. 15.

<sup>33</sup> Pieter Spierenburg hace una revisión del origen y posterior utilización del concepto de control social en la historiografía estadounidense. Recalca la tendencia a asociar el concepto con estructuras, mecanismos y organismos de intervención estatal que buscan regular la vida de las personas. Ante esto, el autor propone observar al fenómeno del control social desde sus manifestaciones informales que permitirían verlo como una negociación más que como una imposición: “Previous scholars have often viewed disciplinary efforts [...] as a top-down phenomenon: The “superiors” had specific ideas about a godly life, the obedient worker, or the law-abiding citizen, with which they impregnated the “inferiors”. Viewed from this angle, the principal research question concerns the degree of rule enforcement’s success: How far did the inferiors live by the rules the superiors held up to them? However, as this collection demonstrates, people seldom act as passive recipients of social control. Sometimes they resist; more often, they negotiate and bend the rules of the game”. Véase en: “Social control and history: an introduction”. Véase: Pieter Spierenburg, *Social control in Europe*, vol. 1, Herman Roodenburg y Pieter Spierenburg (editores), Columbus, Ohio State University Press, 2004, 1-21, p. 16.

constantemente con las prácticas comunitarias y socioculturales <<desde abajo>>”<sup>34</sup>. Así, nuestro estudio no se abocaría solo a identificar una esfera normativa, sino que también a considerar las prácticas cotidianas, conflictos, etc., donde los sujetos dejan de interiorizar esta norma para pasar a crear sus propios mecanismos de control que transformarían las reglas de convivencia y lo tolerable de acuerdo a sus formas de negociación<sup>35</sup>.

#### **d) Estructura del trabajo y corpus documental**

El presente trabajo de investigación se compone por tres capítulos. En el primero, estudiaremos al hospital colonial en torno a los significados que se le atribuyeron considerando tres ejes de análisis: a) el contexto bibliográfico sobre hospitales coloniales en Chile; b) las nociones asociadas al hospital a través de los diccionarios de la época, entre los cuales consideramos el *Tesoro de la Lengua Castellana* de Sebastián de Covarrubias Orozco y el *Diccionario de la Lengua Castellana* de la Real Academia Española desde 1780 a 1822. En ambos casos, nos hemos propuesto observar los cambios en las entradas y acepciones de la palabra “hospital” que evidenciarían distintas formas de concebirlo a medida que se le adjudican nuevos adjetivos y/o sustantivos; y, c) quiénes influyeron en la administración de los hospitales coloniales, los cuales a través de su gestión le otorgaron nuevos significados al recinto.

En el segundo capítulo nos proponemos identificar las características del modelo de gobierno que rigió en el hospital San Juan de Dios de Santiago durante el siglo XVIII a partir de: a) el funcionamiento del recinto en la ciudad, lo cual observaremos con la visita programada en 1748 por el gobernador de Chile y presidente de la Real Audiencia Domingo Ortiz de Rozas, poniendo énfasis en los cambios efectuados por el prior del hospital Eustaquio Meléndez y las resoluciones tomadas por el fiscal Juan Francisco de Barros que nos permitirían comprender qué tipo de administración llevaban los religiosos en la época. También observaremos el funcionamiento del hospital en un periodo de emergencia a través del expediente de la peste de viruelas que se conformó en 1787 y 1788. En él, tomaremos en cuenta las respuestas que otorgaron las autoridades locales para

---

<sup>34</sup> Rafael Gaune y Verónica Undurraga (editores), *Formas de control y disciplinamiento*, Santiago, Uqbar Editores, 2014, p. 23.

<sup>35</sup> Tomás Mantecón, “Formas de disciplinamiento social, perspectivas históricas”, *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, vol. 14, n° 2, Chile, 2010, 263- 295, p. 286.

enfrentar el aumento de enfermos en el hospital, lo cual nos permitiría identificar si el recinto está o no preparado para actuar ante una eventualidad; y, b) los problemas del hospital en relación a los informes elaborados por autoridades locales en la visita del gobernador y presidente de Chile Ambrosio O'Higgins Vallenar en 1791. Estos informes no solo nos permitirían identificar las trabas con las que funcionaba el hospital en los aspectos económicos, asistenciales y estructurales, sino que también nos proporcionarán una entrada para observar las propuestas, respuestas y soluciones planteadas por autoridades competentes como el protomédico, el ministro contador y el arquitecto para mejorar el funcionamiento del hospital.

Finalmente, en el tercer capítulo analizaremos los dos reglamentos del hospital San Juan de Dios de Santiago, constituidos a fines del siglo XVIII, viéndolos como las soluciones formales que se le otorgaron al recinto para solucionar los mayores problemas del hospital a través del establecimiento de un orden interno escrito y legal. El primer reglamento lo hizo el ministro protector del lugar José Santiago Concha Ximenes Lobarón en 1802, mientras que el segundo lo estableció el Senado Conservador de Chile bajo la presidencia de José María de Rozas en 1821. Ambos documentos los consideraremos a partir de tres ejes: a) delimitando a quiénes se les otorgaban poderes de mando para ejercer un gobierno dentro del hospital; b) identificando cuáles eran las atribuciones y limitaciones de los que trabajaban en el recinto; y, c) identificando los mecanismos que se establecieron para realizar la acogida, la asistencia y la administración dentro del nuevo orden que se le quería adjudicar al hospital.

## CAPÍTULO PRIMERO

### Bosquejo del Hospital en el Chile colonial

Para comenzar un estudio del hospital colonial debemos dejar sentado que los significados en torno a él no eran fijos y únicos, sino que se transformaron en relación al entorno urbano en el que se ubicaron. A modo general, todos los hospitales fundados en Hispanoamérica buscaban subsanar la miseria de las ciudades manifestada en los pobres enfermos<sup>36</sup>. Así lo evidencia una cédula real del 19 de enero de 1587 donde Felipe II mandaba a que los virreyes, audiencias y gobernadores atendieran a los hospitales fundados en los virreinos de Perú y Nueva España, lo cual fue refrendado por Felipe III en la *Instrucción de Virreyes* en 1612 donde les pedía a estos funcionarios reales que visitaran los hospitales de Lima y México para cerciorarse de que la cura, el servicio y la hospitalidad a los enfermos fueran las adecuadas, al igual que el estado del edificio y el manejo de las rentas y limosnas<sup>37</sup>. De este modo, los hospitales coloniales se conformaron, en una primera instancia, como lugares de hospitalidad que debían erigirse para atender a los enfermos y, para ello, se estableció que las autoridades locales debían “poner cuidado” sobre el funcionamiento de estos recintos.

Si bien podemos identificar que este primer significado atribuido a los hospitales se mantuvo durante todo el siglo XVIII, no podemos suponer que la representación que se tenía en la época sobre el hospital San Juan de Dios de Santiago fue solo la de asistir a los enfermos pobres de la ciudad. Esta primera relación que se estableció entre estos recintos y los funcionarios reales, se amplió al integrar al gobierno municipal de Santiago, a los hermanos de la orden hospitalaria de San Juan de Dios, al obispo y la Real Audiencia. Todos ellos fueron formando nuevas imágenes del hospital a partir de su influencia en el funcionamiento del recinto y de las necesidades de la ciudad. Es así como el siguiente capítulo pretende identificar las principales nociones atribuidas al hospital colonial y delimitar quiénes influyeron en la administración y gobierno de, específicamente, el

---

<sup>36</sup> Adriana María Alzate Echeverri, “Militares, marineros y pobres enfermos. Contribución a la historia del Hospital San Juan de Dios de Cartagena de Indias (Siglo XVIII)”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, España, vol. 60, n°1, 2008, 203-236, p. 205. Disponible en: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/viewArticle/250> [Consulta: enero, 2015].

<sup>37</sup> *Recopilación de Leyes de los Reynos de las Indias, Op.Cit.*, Libro I, Tít. IV, Ley ij, p. 23.

hospital San Juan de Dios de Santiago, ya que serán ellos los que conformarán nuevas significaciones en torno a esta institución.

Para ello, en el primer y segundo apartado trabajaremos con las nociones del hospital colonial, partiendo de la imagen que conformaron investigadores del área de medicina que se encargaron de reconstruir la historia de estos lugares, para luego pasar a comprender los significados sobre estos recintos referidos en los diccionarios de nuestra época de estudio. Y, en el tercer apartado, identificaremos quiénes otorgaban modelos de órdenes para guiar el gobierno del hospital considerando la relación que hemos planteado entre este recinto y lo local.

### **a) El hospital colonial convertido en una reliquia**

Al comenzar esta investigación sobre el hospital San Juan de Dios de Santiago, conformamos una primera imagen sobre este lugar basada en los estudios hechos por profesionales del campo de la medicina. Como ya mencionamos en la introducción, ellos buscaban rescatar lo emblemático de su profesión indagando en el pasado de los hospitales para reconocer prácticas médicas que se hubieran mantenido o cambiado con el tiempo. De este modo, construyeron una imagen del hospital colonial como una institución relacionada con la enfermedad y el papel que jugaban los médicos dentro de estos lugares, describiéndolos más como reliquias que explicaban el nacimiento de la clínica del siglo XIX y XX.

No obstante las investigaciones llevadas por profesionales del campo de la medicina, los científicos sociales también estudiaron a los hospitales pero no como protagonistas, sino que en un plano secundario vinculado con la salud pública, la conformación de la ciudad<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> Por ejemplo, los estudios de Gabriel Guarda observan a los hospitales en relación con las obras públicas de las ciudades y con la influencia de la Iglesia sobre estas instituciones (véase: Gabriel Guarda, *Historia urbana del reino de Chile*, Santiago, Andrés Bello, 1978; y, *La Edad Media de Chile: historia de la iglesia: desde la fundación de Santiago a la incorporación de Chiloé: 1541-1826*, Santiago, CorpArtes, Corporación del Patrimonio Religioso y Cultural de Chile, 2011). Algo similar realiza Ricardo Archila cuando se propone estudiar la higiene de la ciudad a través de la práctica médica incluyendo a los hospitales como centros de salud (véase: Ricardo Archila, “La medicina y la higiene en la ciudad”, en: Francisco de Solano (coordinador), *Estudios sobre la ciudad iberoamericana*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Instituto Gonzalo Fernández de Oviedo, 1983, 655-685). Finalmente, debemos tener en cuenta los estudios realizados por historiadores decimonónicos que incluyeron a los hospitales en relación a la medicina, la universidad y los médicos que recorrieron Chile colonial (véase: Benjamín Vicuña Mackenna, *Los médicos de antaño en el Reino de Chile*, Santiago, Editorial Difusión, [1947]; y, José Toribio Medina, *La medicina y*



y a temas más amplios como la historia de la medicina<sup>39</sup>. Las razones de aquello pueden estar relacionadas con un contexto mayor de cómo se ha escrito la historia de la enfermedad en América Latina. Para Diego Armus, la enfermedad es un fenómeno complejo que, además de su dimensión biológica, carga con “un repertorio de prácticas y construcciones discursivas que reflejan la historia intelectual e institucional de la medicina”<sup>40</sup>. Esta forma de entender la enfermedad conllevó que los hospitales y la medicina pasaran a ser áreas de estudios propios de los profesionales que se desempeñaban en aquellos oficios, quienes buscaban comprender históricamente su labor institucional para conformar un relato que les fuera útil e instrumental<sup>41</sup> y que les permitiera encontrar lecciones en el pasado para el presente y el futuro<sup>42</sup>.

Considerando aquello, nació un amplio espectro de estudios que se proponían investigar a la medicina como un proceso evolutivo que desembocaba en la práctica clínica propia de comienzos del siglo XX<sup>43</sup>. Junto a ello, los estudios sobre hospitales apuntaron a

---

*los médicos en la Real Universidad de San Felipe: (capítulo de un libro inédito)*, Santiago, Soc. Imp. Y Lit. Universo, 1928).

<sup>39</sup> El espectro de obras en este ámbito es amplio, sin embargo, destacan cuatro autores que abordaron a los hospitales coloniales en relación al desarrollo de la medicina en Chile: Ricardo Cruz-Coke, *Historia de la medicina chilena*, Santiago de Chile, Andrés Bello, 1995; Pedro Lautaro Ferrer, *Historia general de la medicina en Chile: (documentos inéditos, biografías y bibliografías): desde el descubrimiento y conquista de Chile, en 1535, hasta nuestros días*, Talca, Imp. Talca, de J. Martín Garrido, 1904; Eduardo Salas Olano, *Historia de la medicina en Chile: con importantes documentos sobre la medicina de nuestros predecesores*, Santiago, Editorial Vicuña Mackenna, 1894; y, Sergio de Tezanos Pinto, *Breve historia de la medicina en Chile*, Valparaíso, Chile, Editorial Universidad de Valparaíso, 1995.

<sup>40</sup> Diego Armus, *Op.Cit.*, p, 14.

<sup>41</sup> Tómese como ejemplo la introducción del artículo de Julia Cristobalina Huaiquian-Silva, Jose Siles-González y Ana Luisa Velandia-Mora, “La enfermería de la Orden de San Juan de Dios en el Chile colonial”, *Aquichán, Universidad de La Sabana*, Bogotá, vol. 13, n°2, 2013, 290-300, p, 292: “El desarrollo de la investigación histórica en enfermería se instituye como una herramienta imprescindible cuando se quiere fundamentar el quehacer de la profesión y los alcances de su disciplina. Conocer la evolución histórica que ha tenido la enfermería permite pensar su situación presente, intervenir en ella, transformarla y proporcionar una respuesta coherente a las necesidades profesionales y disciplinares del momento actual”. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2026> [Consulta: enero, 2016].

<sup>42</sup> Diego Armus, *Op.Cit.*, p, 16.

<sup>43</sup> Por ejemplo, en la obra del doctor Claudio Costa se persigue la ruta de los profesionales médicos en Chile, describiendo su influencia en hospitales y universidades en relación a las trabas que les colocaba el protomedicato para ejercer ciertas prácticas médicas (véase: Claudio Costa, *Los estudios médicos en Chile durante la Colonia*, Chile, Talleres de la Sección Educación para la salud, 1961). En este sentido, el artículo de Daniel Valenzuela Torres, Felipe Zúñiga Herranz y Sergio Zúñiga Rocha retoma esta temática, colocando a los médicos y la medicina en un proceso evolutivo que desemboca en las facultades de medicina del siglo XX y en una educación médica asociada a la clínica (véase: Daniel Valenzuela Torres, Felipe Zúñiga Herranz

observarlos como lugares donde se manifestaba la enfermedad, la investigación y la asistencia especializada. Es decir, el hospital debía observarse como una institución o como un todo único que pudiera rastrearse a través de la historia para comprender los cambios en la medicina. Para María Soledad Zárata y Andrea del Campo, estos trabajos respondieron a una convicción política y gremial manifestada ya en 1889 durante el Primer Congreso Médico Chileno donde se planteó hacer la historia del oficio médico para que se reconociera la contribución médica a la historia nacional<sup>44</sup>. Del mismo modo lo entiende Armus, quien ve en estas historias una necesidad de reconstruir el ‘inevitable progreso’ generado por la medicina diplomada, así como también de “unificar el pasado de una profesión cada vez más especializada y resaltar cierta ética y filosofía moral que se pretende distintiva, inalterada y emblemática de la práctica médica a lo largo del tiempo”<sup>45</sup>.

En Chile, los principales estudios en torno a temas médicos fueron hechos bajo el auspicio del Servicio de Beneficencia y Asistencia Social desde donde, en 1955, surgió la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina impulsada por el doctor Enrique Laval. Allí se reunieron un grupo compuesto por médicos, dentistas y farmacéuticos que se propusieron hacer de este lugar un foro y centro de difusión de estudios históricos en torno a su disciplina<sup>46</sup>. Años después, en 1959, comenzó a publicarse los Anales Chilenos de Historia de la Medicina donde se presentaron variados artículos en torno al saber médico en relación a personajes notables. De todos estos estudios, los más prolijos son los del doctor Laval<sup>47</sup>, para quien lo más importante era observar a los hospitales coloniales como instituciones donde se manifestaban las prácticas médicas, relacionadas con una determinada organización administrativa, infraestructura, situación económica y relaciones con la

---

y Sergio Zúñiga Rocha, “Doscientos años de la enseñanza de medicina. La experiencia chilena como ejemplo de los procesos de independencia hispanoamericana y los cambios en educación médica”, *Bordón. Revista de pedagogía*, España, vol. 62, n°2, 81-92. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3235623> [Consulta: enero, 2016]).

<sup>44</sup> María Soledad Zárata y Andrea del Campo, “Curar, prevenir y asistir: Medicina y salud en la historia chilena”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos [en línea]*, Débats, 2014, p. 7. Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/66805#quotation> [Consulta: enero, 2016].

<sup>45</sup> Diego Armus, *Op.Cit.*, p, 15.

<sup>46</sup> Ignacio González Ginouves, “Enrique Laval: biografía de un realizador 1895-1970”, *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, Santiago, año 14, 1972, 9-118, p, 89.

<sup>47</sup> Véase los siguientes títulos relacionados con nuestro tema de estudio: Enrique Laval, “Historia del hospital San Juan...”, *Op.Cit.*; “Historia del hospital San Francisco...”, *Op.Cit.*; *Hospitales fundados en Chile durante la colonia*, Santiago, Universitaria, 1935; y, *Noticias sobre los médicos en Chile en los siglos XVI, XVII, XVIII y XIX*, Santiago, Universidad de Chile, Centro de Investigación de Historia de la Medicina, 1958-1970.

administración local. Su objetivo era presentar una serie de apuntes para la historia de estos hospitales para que “el olvido [no borrara] el recuerdo de todas esas reliquias”<sup>48</sup>.

La construcción de una imagen del hospital colonial como una reliquia a través de la crónica, la descripción y la utilización de documentos primarios se integran dentro de esta trama de estudios históricos llevados por profesionales de la medicina que “persisten en considerar a sus congéneres como héroes en un mundo de ignorantes” valorando “excesivamente su papel en los orígenes de instituciones sanitarias, sin considerar la importancia de factores sociales, políticos y religiosos”<sup>49</sup>. De este modo, la institución del hospital fue estudiada como una cosa vieja que se debía conservar porque era lo que quedaba del pasado para entender el papel que jugaban los médicos en el presente. En este sentido, la noción de hospital en la época colonial hispanoamericana no estaba relacionada con una institución que incluía el tratamiento o la investigación médica. Para Laval, estos “primitivos hospitales” cumplían con un deber impuesto por la caridad que los llevó a perfilarse como refugios “para los enfermos, ancianos, desvalidos, huérfanos, donde éstos no solo debían encontrar el auxilio material sino preferentemente el espiritual”<sup>50</sup>. Sin embargo, la visión de Laval busca contrastar este pasado caritativo con el elemento científico que nace en el siglo XIX que une a los hospitales con la clínica, lo cual deja de mostrar a estos recintos como hogares para la enfermedad, pasando a observarlos como centros de salud<sup>51</sup>.

Si dejamos de lado el pasado de las instituciones hospitalarias como vestigios, pasaríamos a centrarnos en estos lugares como procesos históricos que hay que comprenderlos considerando múltiples variables. Así, la caridad y el auxilio al pobre enfermo ya no serían elementos primitivos que explican por contraste un proceso evolutivo que desemboca en la investigación clínica y, por el contrario, nos permitiría construir una noción del hospital colonial de acuerdo a las necesidades sociales que cubría en la época.

### **b) Una casa de acogida para los pobres enfermos**

---

<sup>48</sup> Laval, “Historia del hospital San Juan...”, *Op.Cit.*, p. 3.

<sup>49</sup> María Soledad Zárate y Andrea del Campo, *Op.Cit.*, p. 14. Las autoras se basan en lo propuesto por Marcos Cueto (coordinador), *El rastro de la salud en el Perú*, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia/Instituto de Estudios Peruano, 2009.

<sup>50</sup> Enrique Laval, “Qué es un hospital moderno”, *Publicaciones de la Asociación Chilena de Asistencia Social*, Santiago, Imprenta Universitaria, n°47, 1935, 3-20, p. 3-4.

<sup>51</sup> *Ibidem*.

De este modo, para remontarnos a una visión del hospital en el siglo XVIII tomaremos una breve descripción sobre el funcionamiento de este recinto del fray Manuel Tello, quien fue prior del hospital San Juan de Dios de Santiago desde 1787 a 1794. Al inicio de su mandato recibió la visita de José de Traslaviña, oidor jubilado de Lima, y del doctor José Antonio Martínez de Aldunate, quienes encontraron al lugar en pésimas condiciones y a las rentas mermadas y descuadradas. La descripción de Tello se armó como un discurso de defensa para explicar los desajustes y las medidas a tomar para solucionar la situación del hospital y que envió mediante una carta a la Real Audiencia de Chile, que estaba a cargo de coordinar las visitas anuales. Tomaremos este ejemplo para identificar nociones del hospital colonial en un siglo XVIII tardío. Manuel Tello dice:

“Todos los capítulos de mis sagradas Constituciones están respirando máximas, y preceptos, que inspiran desvelos, y connato por la asidua aplicación al alivio y regalo de los Pobrecitos que ocurrieren a nuestros Hospitales. Cada parágrafo de los que tienen por asunto este piadoso objeto es una lección de caridad y compasión [...] Allí se habla con prolijidad de la humanidad y ternura de corazón con que se han de tratar: de los consuelos que se les ha de proporcionar, tanto en lo espiritual, como en lo temporal; de la asistencia que se les ha de prestar conforme a su necesidad, y a la dirección de los facultativos encargados de ella; del desvelo que hemos de tener para endulzarles sus padecimientos; de la paciencia con que debemos sobrellevarlos; y en fin de cuanto es preciso para sacrificar en su obsequio nuestras vidas, nuestra salud, nuestro descanso, nuestro sufrimiento, y todo lo que somos, sin que falten preceptos, que ordenen el cuidado que ha de tener de procurar el reposo de las almas que no pudiendo salvar las vidas, mueren en nuestra casa pudiendo decir por este, que nuestro Instituto tiene reglas que le hacen pasar la raya de Hospitalario”<sup>52</sup>.

La descripción de Manuel Tello buscaba justificar su forma de manejar el hospital y la asistencia a los enfermos, puesto que para él, las reglas que había instituido eran suficientes para que el recinto fuera categorizado como hospitalario, en vez de deficiente. A pesar de que este párrafo evidencia un discurso de defensa, mediante su argumentación, deja ver ciertas características asociadas al buen funcionamiento de un hospital, es decir, conforma

---

<sup>52</sup> Sebastián Soteras, *Autos sobre el mal gobierno económico del Hospital [manuscrito]*, Santiago, 1787-1788, Museo Nacional de Medicina, Fondo Hospital San Juan de Dios (en adelante: MNM, FHSJD), “Carta enviada por el prior Manuel Tello a la Real Audiencia”, 17-20, fj., 17-18.

una imagen de este recinto que nos permite entender para qué servían estos lugares en la época colonial.

Ante ello, lo primero que podemos identificar es que Tello relaciona el funcionamiento del hospital con el socorro a los ‘pobrecitos’ que acuden al recinto en busca del consuelo y de la cura de sus padecimientos. El acudir en busca de ayuda tiene relación con la asociación que se hacía del hospital con lo *hospedable*<sup>53</sup>, noción que adjetivaba a estos recintos convirtiéndolos en hospedajes, es decir, en lugares de “alojamiento, acogida y recibimiento que se hace á alguna persona, poniéndola á cubierto de las inclemencias, para que esté con comodidad y asistido”<sup>54</sup>. La misma asociación podemos encontrar en el *Tesoro de la Lengua Castellana* donde se define al hospital como lugares que existen en España para los peregrinos. El rey Carlos le habría encargado a los godos “la hospitalidad, con tanto rigor que si se le provasse a uno que por tres vezes la huviesse negado al peregrino forastero, le quemasen la casa. Todo esto se escusa con tener lugar públi\*co donde los recojan, aunque sea con solas las limosnas de los naturales del pueblo”<sup>55</sup>. De este modo, una primera mirada a la palabra hospital permite que lo relacionemos con el alojamiento, es decir, con el dejar que alguien necesitado entrase a la casa propia o, como dice Sebastián de Covarrubias, a un lugar público donde lo recojan.

La definición del hospital en torno al acoger y el hospedar tiene relación con lo que Gabriel Guarda identificó como las obras de misericordia de los cristianos<sup>56</sup>. Si bien es cierto que en Hispanoamérica los hospitales nacieron al amparo de la administración local, fueron lugares donde se practicaba la caridad cristiana y, por ende, generaron una estrecha conexión con la Iglesia y sus fieles. La vida de fe debía traducirse en obras y, en este sentido, la acogida que se le brindaba al forastero, ya fuera en la ciudad o en el campo, y el socorro a los pobres y enfermos fueron prácticas de caridad impulsadas por el soberano y sus súbditos<sup>57</sup>. Para María del Prado de la Fuente Galán, existió en el siglo XVI y XVII una

---

<sup>53</sup> En el *Diccionario de la Lengua Castellana*, la primera acepción de la palabra hospital dice: “adj. Lo mismo que HOSPEDABLE”. Véase: Real Academia Española, “Hospital”, *Diccionario de la lengua castellana: reducido a un tomo para su más fácil uso*, 2ª edición, Madrid, Impresión Nacional, 1780, p, 534.

<sup>54</sup> *Ibid.*, “Hospedage”, p, 534.

<sup>55</sup> Sebastián de Covarrubias Orozco, “Hospital”, *Tesoro de la lengua castellana o española*, Madrid, Ediciones Turner, 1979, pp, 701-702.

<sup>56</sup> Guarda, “La Edad Media...”, *Op.Cit.*, p, 505.

<sup>57</sup> *Ibid.*, pp, 505-508.

tendencia conservadora que buscaba que el pobre fuera libre, “practicando el derecho a la caridad y evocando el mandamiento de auxilio al necesitado, a la vez que se [seguía] ofreciendo la oportunidad al rico de ejercitar la caridad para liberarse de sus pecados”<sup>58</sup>. En este sentido, los hospitales no solo habrían funcionado como obras de misericordia, sino que también habrían sido fuentes de salvación de aquellos cristianos que, a través de sus limosnas, contribuían al auxilio de los “pobrecitos”.

La visión del hospital como un lugar de socorro para el pobre enfermo conllevó a que este recinto se transformara en un lugar ambiguo donde, por un lado, se trataba de brindar una asistencia especializada, pero, por otro, se veía como un espacio de salvación para el rico que entregaba limosna como manifestación de su caridad. Para Mollat, desde el siglo X, se comenzó a armar un significado de la beneficencia que contenía una contradicción interna: “Por su parte, los bienes y las rentas de la Iglesia, las obras de misericordia de los fieles, [estaban] destinados a corregir las desigualdades sociales, no a suprimirlas. La limosna [tenía] por destino preservar la estabilidad del orden social, en lo que consiste la paz”<sup>59</sup>. De este modo, el hospital ya no era solo un espacio de acogida o una obra de misericordia, sino que se transformó en una institución que promovía el orden social mediante el hospedaje y el cuidado, lo cual se financiaba mediante el deber de la limosna vista como una regla moral<sup>60</sup> y como un medio para mantener la tranquilidad social.

Si continuamos con la descripción de fray Manuel Tello, el hospital visto como una obra de caridad no se relacionaba directamente con una acogida al pobre para conseguir la paz social, sino que, al contrario, su finalidad era ayudar al enfermo en lo espiritual y en lo temporal, puesto que el acoger era prestar auxilio o refugio para curar con “amor y cortesía”<sup>61</sup>. La práctica de la acogida no era propia de los hospitales, sino que existían otros espacios de recibimiento creados, principalmente, durante el siglo XVIII como los hospicios, las casas de huérfanos y los recogimientos de mujeres. Estos últimos fueron

---

<sup>58</sup> María del Prado de la Fuente Galán, “Aportación al estudio de los sectores marginados de la población: pobreza, caridad y beneficencia en la España moderna”, *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, Madrid, vol. 18, n°1, 2000, 13-27, p. 17. Disponible en: <http://www.adeh.org/?q=es/node/6371> [Consulta: enero, 2016].

<sup>59</sup> Mollat, *Op.Cit.*, p. 47.

<sup>60</sup> *Ibid.*, pp. 45-47.

<sup>61</sup> Para Sebastián de Covarrubias el acoger es el “recebir en sí o en su casa y morada, como el que acoge huéspedes. Acoger, recibir con amor y cortesía”. Véase: Sebastián de Covarrubias, “Acoger”, *Tesoro de la lengua castellana o española*, Madrid, Ediciones Turner, 1979, p. 38.

ampliamente estudiados por Nancy van Deusen en el contexto de la Lima virreinal. Si bien esta autora se propuso un estudio de estos lugares como centros de refugio para mujeres consideradas de haber actuado aberrantemente en sociedad, su estudio nos entregó nuevas nociones sobre la práctica del recoger vista desde tres aspectos: a) el teológico o espiritual relacionado con la búsqueda constante y mística para alcanzar la unión con Dios; b) el virtuoso, que supone que el recogerse es el comportarse modesta y controladamente; y, c) el aspecto institucional, donde el recogimiento “involucraba a un número significativo de mujeres y niñas llamadas recogidas, que vivían voluntaria o involuntariamente en conventos, beaterios, hospitales y colegios”<sup>62</sup>.

Estas tres aristas del recoger, nos permiten entender por qué los hospitales no solo se abocaron a la curación física del enfermo. Efectivamente, existía una atención médica, pero también era necesario sanar espiritualmente al que llegaba, puesto que la recogida englobaba el prestar un refugio o un albergue y otorgar, al mismo tiempo, un espacio para realizar este recogimiento personal ligado a la oración<sup>63</sup>. Es por ello, que los hospitales coloniales se preocuparon de que su gobierno interior contemplara el ejercicio espiritual mediante la contratación de capellanes encargados de administrar los sacramentos a los enfermos. Sin embargo, desde antes, en la edad media europea, los hospitales se habían perfilado como espacios de recogimiento espiritual, donde era casi un privilegio para el pobre morir en aquellos lugares, “pues el capellán le llevaba los socorros espirituales, mientras los hermanos y hermanas aliviaban, lo mejor que podían, sus sufrimientos últimos”<sup>64</sup>.

Los hospitales como espacios de recogimiento se unen a la noción de asilo, pero no a través de su acepción de refugio para delincuentes, sino que por su aspecto metafórico relacionado con el amparo, la protección y el favor<sup>65</sup>. Sin embargo, la asociación más significativa es la que se hace del hospital con una casa de caridad<sup>66</sup>. Es por ello que, para

---

<sup>62</sup> Nancy van Deusen, *Entre lo sagrado y lo mundano: la práctica institucional y cultural del recogimiento en la Lima virreinal*, Lima, Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú, 2007, pp, 15-16.

<sup>63</sup> *Ibid.*, p, 23.

<sup>64</sup> Mollat, *Op.Cit.*, p, 133.

<sup>65</sup> Real Academia Española, “Asilo”, *Diccionario de la lengua castellana: reducido a un tomo para su más fácil uso*, 2ª edición, Madrid, Impresión Nacional, 1780, p, 107.

<sup>66</sup> Para Ricardo Archila, los hospitales tuvieron dos etapas: la primera relacionada con la caridad y la filantropía, y la segunda con la medicina curativa: “En un primer periodo, se distinguieron más bien como centros de medicina filantrópica más al estilo de los asilos, <<casas de caridad>>, ante todo. En una segunda

Manuel Tello, el régimen que había instaurado durante su mandato en el hospital San Juan de Dios de Santiago apuntaba al alivio, el regalo y la compasión, lo que transformaba al recinto en un asilo para pobres enfermos, al cual llamaba “nuestra casa”. En este sentido, hacia 1822, podemos encontrar como primera acepción de hospital lo siguiente: “s.m. Casa en que se curan enfermos pobres”<sup>67</sup>. Es decir, se había dejado en segundo plano las definiciones que veían al hospital como un hospedaje, pasando a definirlos como:

“s.m. La casa donde se reciben los pobres enfermos, pasajeros y peregrinos, y se curan de las enfermedades que padecen, asistiéndolos á expensas de las rentas que tiene el hospital, ó de las limosnas que recogen. Unos son generales para todas enfermedades, y otros para solo algunas que están señaladas”<sup>68</sup>.

En esta acepción de hospital encontramos cuatro aspectos nuevos: a) el hospital se define como una casa y no como un hospedaje; b) el hospital tiene una función concreta, a saber, curar al enfermo; c) el hospital se sustenta mediante sus propios medios o rentas; y, d) no existe un solo hospital, sino que hay muchos que se han especializado en ciertas enfermedades. A modo general, podríamos concluir que el hospital deja de definirse en torno a otros conceptos como alojamiento y asilo, transformándose en un sustantivo que expresa funciones delimitadas y específicas.

La noción de *casa-hospital* no se aleja de la práctica de la acogida y la protección, sino que agrega un elemento nuevo relacionado con la administración de lo propio, es decir, la economía. En la época, la casa se entendía desde tres aristas: primero, se veía como un edificio habitable (*domus*); segundo, como la descendencia o linaje (*genus*); y tercero, como los estados de renta de algún señor<sup>69</sup>. Es decir, englobaba tres aspectos: el físico, el trascendental y el económico. Además, debemos considerar la propuesta de Gastón Bachelard, que nos permite observar a las casas como espacios habitados que protegen y que otorgan permanencia a través de la reunión, ya que es allí donde “el ser es el ser-bien,

---

etapa, se identificaron más con la medicina curativa – sin alcanzar el rango científico de los hospitales modernos – y, finalmente, se acrecentó la importancia de los hospitales, al convertirse al propio tiempo en centros docentes y de práctica médica”. *Op.Cit.*, p, 661.

<sup>67</sup> Real Academia Española, “Hospital”, *Diccionario de la Lengua Castellana*, 6º edición, Madrid, Impresión Nacional, 1822, p, 445.

<sup>68</sup> Real Academia Española, “Hospital”, *Diccionario de la Lengua Castellana: reducido á un tomo para su más fácil uso*, 3º edición, Madrid, Impresión Nacional, 1791, p, 485.

<sup>69</sup> Real Academia Española, “Casa”, *Diccionario de la Lengua Castellana*, 6º edición, Madrid, Impresión Nacional, 1822, p, 168.



en que el ser humano es depositado en un estar-bien, en el bien-estar asociado primitivamente al ser”<sup>70</sup>. Con ello, la casa se configuraría como una determinada forma de habitar lo que permitiría el bien-estar de los que buscan refugio en estos lugares.

Esta nueva forma de observar al hospital refleja un arte de gobernar propio del siglo XVIII que buscaba influir en tres planos: el gobierno de uno mismo, de la economía familiar y del Estado<sup>71</sup>. Como mencionamos en la introducción, durante este periodo, el gobernar dejó de observarse como una sumisión al príncipe o el soberano y, por el contrario, comenzó una búsqueda sobre cómo disponer mejor las cosas a través de tácticas y normas que permitirían alcanzar los fines deseados<sup>72</sup>. En este sentido, el hospital se habría visto influenciado por este nuevo arte de gobernar centrado, esencialmente, en cómo introducir la economía, es decir, “el modo de dirigir correctamente los individuos, los bienes, las riquezas”<sup>73</sup>. Es por ello, que las definiciones del hospital apuntan a observarlo como una casa porque refleja la posesión de determinados medios (rentas y limosnas) que deben administrarse correctamente para lograr un fin determinado que es el curar a los enfermos. Así, el gobierno de una casa, no tiene por objetivo salvar la propiedad de la familia, sino que tiene por objetivo “a los individuos que la componen, su riqueza, prosperidad, tener en cuenta los sucesos que pueden acaecer en ella tales como la muerte o el nacimiento, tener en cuenta las cosas que pueden hacer dichos miembros [...] lo esencial es pues este complejo de cosas y hombres”<sup>74</sup>.

En definitiva, todos estos elementos permiten construir una definición de hospital colonial que une dos planos: uno ligado a la caridad y, por ende, al acoger con amor para asistir al pobre enfermo física y espiritualmente; y, otro que se relaciona con la construcción de una casa dentro de la cual se conforma una red de asistencia como una gran familia que, al gobernarla de determinada forma, se lograría cumplir el objetivo de curar las enfermedades de los que se reciben. Así, estas dos nociones nos entregan una imagen de cómo funcionaba el hospital colonial y de cuáles eran sus principales objetivos. Sin embargo, tanto el discurso de defensa de Manuel Tello, como las referencias en los

---

<sup>70</sup> Gastón Bachelard, *La poética del espacio*, México, Fondo de Cultura Económica, 1990, p. 37.

<sup>71</sup> Foucault, “La Gubernamentalidad...”, *Op.Cit.*, p. 13.

<sup>72</sup> *Ibid.*, pp. 16-17.

<sup>73</sup> *Ibid.*, p. 14.

<sup>74</sup> *Ibid.*, p. 16.

diccionarios de la época construyen una representación del hospital que funciona como una abstracción y que, por ende, deja fuera otras características asociadas a estos lugares.

De este modo, no podemos dejar de considerar la apreciación de Gabriel Haslip-Viera sobre la insalubridad en los centros urbanos de la América Latina colonial marcada por la mala salud de las masas empobrecidas que se acentuaba con enfermedades epidémicas como la viruela, el tifus, la fiebre tifoidea y las afecciones respiratorias<sup>75</sup>. Todo aquello había permitido que se formara una imagen de los hospitales como lugares de muerte debido a que representaban la propagación de la enfermedad unida a una atención médica deficiente. “La medicación consistía por lo general en la administración de purgantes, sangrías y otros ‘remedios’ totalmente ineficaces contra las enfermedades epidémicas. Por lo tanto, los pobres tenían miedo de internarse en los hospitales y desconfiaban de la profesión médica en su conjunto”<sup>76</sup>. Así, anexo a la idea de casa de acogida, los hospitales parecían más lugares de temor y mala asistencia. No obstante creemos que, ya sea una buena o mala imagen de estos recintos, se deben matizar considerando las formas de habitar estos espacios junto a las normas que se instauraban para permitir el ingreso y la asistencia de los enfermos. A modo general, habría que considerar quiénes configuraban una serie de políticas sanitarias para permitir el buen funcionamiento de los hospitales.

### **c) La administración mixta del hospital: lo civil junto a lo eclesiástico**

Un bosquejo del hospital colonial en Chile, no solo involucra identificar las distintas nociones que existían de él en la época, sino que también debemos tener presente quiénes proponían y otorgaban modelos de gobierno considerando las necesidades de la ciudad en consonancia con las del recinto. Así, el gobierno del hospital San Juan de Dios de Santiago debe comprenderse comandado por múltiples actores que buscaban perfilar nuevos significados en torno a este lugar. Para ello, hemos identificado tres áreas de influencia: la primera, es la esfera eclesiástica que incluye al obispo de la ciudad como supervisor y la administración de la asistencia llevada por la orden hospitalaria de San Juan de Dios; la segunda, corresponde al área de influencia del patronato real que incluye a la institución de la Real Audiencia, específicamente, al cargo de ministro protector de hospitales y el papel

---

<sup>75</sup> Gabriel Haslip-Viera, “La clase baja”, en: L.S. Hoberman y S.M. Socolow, *Ciudades y sociedad en Latinoamérica colonial*, Argentina, Fondo de Cultura Económica, 1993, 331-364, p. 348.

<sup>76</sup> *Ibid.*, p. 349.

que jugó el gobernador de Chile, quien también era presidente de la Audiencia y, por ende, vice-patrono en América; y, la tercera área es la que considera al gobierno local de Santiago que incluye al Cabildo y, posterior a 1786, al Protomedicato.

Como mencionábamos en el apartado anterior, una de las imágenes de hospital más recurrente es la que se une a la caridad y a las obras de misericordia de los cristianos. Aquello era herencia del hospital que había surgido en la Edad Media que funcionó como “un instrumento para aliviar el sufrimiento, para disminuir la pobreza, para erradicar la mendicidad y para ayudar a mantener el orden público”<sup>77</sup>. Sin embargo, lo relevante de estos recintos es que se alejaron lentamente de la Iglesia y los monasterios, quienes motivaban a los fieles a ser caritativos mediante la entrega de limosnas, apareciendo nuevos benefactores como “reyes, reinas, altos dignatarios eclesiásticos, nobles, comerciantes acaudalados, gremios, fraternidades, municipalidades, todos fundando casas para la atención de los enfermos, los pobres, los débiles, los ancianos y para otros numerosos propósitos”<sup>78</sup>. De este modo, los hospitales medievales se constituyeron como instituciones filantrópicas unidas al alivio espiritual y la religiosidad, pero que, sin embargo, su administración ya no solo recaía en la Iglesia, sino que también en las municipalidades o en sus fundadores seculares<sup>79</sup>. Todo aquello habría provocado la propagación de una ‘nueva política social’ a comienzos del siglo XVI que, según Robert Castel, relevó la gestión clerical de los espacios de acogida permitiendo que las autoridades locales, tanto laicas como religiosas, asumieran la administración de lo social y el socorro a los pobres sobre una base territorial<sup>80</sup>.

Bajo este contexto, debemos comprender la instauración del hospital de Nuestra Señora del Socorro (posterior a 1617, San Juan de Dios de Santiago) que, como veíamos en la introducción, fue parte de una práctica obligatoria potenciada por la corona que mandaba a virreyes, gobernadores y audiencias a fundar estos recintos en todos los pueblos de españoles e indios. Así, desde su fundación en 1552 por Pedro de Valdivia, se dejó ver que la administración del lugar jamás cayó totalmente en manos de la Iglesia, sino que fue más importante nombrar mayordomos, “cuyas funciones estaban supervisadas por los

---

<sup>77</sup> Rosen, *Op.Cit.*, p, 334.

<sup>78</sup> *Ibid.*, p, 323.

<sup>79</sup> *Ibid.*, p, 325-326.

<sup>80</sup> Castel, “La metamorfosis...”, *Op.Cit.*, p, 52.

diputados designados por el Cabildo”<sup>81</sup>, lo cual reflejaba la influencia de las autoridades locales sobre un recinto que funcionaba sobre una base territorial. Un ejemplo de aquello lo podemos observar a través del nombramiento del primer mayordomo del hospital Diego Cifontes de Medina, quien administró el lugar desde 1563 a 1558 y luego en 1584 a 1587. En su segundo periodo de mando fue nombrado por el gobernador de Chile Alonso de Sotomayor y por el obispo de Santiago fray Diego de Medellín, los cuales lo mandaron a presentarse ante el Cabildo de la ciudad para que se le reconociera como mayordomo y prestara juramento<sup>82</sup>. Con ello, quedó establecido un mecanismo para determinar el mejor candidato para este cargo que estaba basado en la conjugación de tres entidades (gobernador, obispo y Cabildo), quienes debían decidir sobre el gobierno del hospital.

Aquello se mantuvo durante todo el siglo XVI hasta la llegada de la orden hospitalaria de San Juan de Dios en 1617, la cual estuvo mediada por el gobernador de Chile Alonso de Ribera, quien mandó al corregidor de Santiago Juan Pérez de Urasandi a Perú para convencer al virrey Francisco de Borja de mandar una comisión de hermanos de la orden religiosa para que administraran el hospital de Santiago. Cuando los religiosos de la orden hospitalaria llegaron a Chile, se presentaron ante Alonso de Ribera en Concepción, el cual les entregó el mando del hospital Nuestra Señora del Socorro de Santiago donde se curaban los soldados del ejército y los pobres de la ciudad. Ribera nombró a fray Gabriel Molina como administrador, quien pasó a hacerse cargo de los bienes y rentas del hospital de acuerdo a las capitulaciones que se le otorgaron. En ellas se estableció que el recinto quedaría bajo patronazgo real siendo administrados por los religiosos de San Juan:

“Primeramente que el dicho Hospital de la dicha ciudad de Santiago haya de quedar *debajo del patronazgo real* y en administración de los hermanos del beato Juan de Dios y Hermano Mayor que es o fuere, entregando las escrituras, rentas y propios que dicho Hospital tiene y que el dicho hermano Mayor esté obligado a dar cuenta a la persona que el señor presidente nombrare, del recibo y gastos y aumentos que el dicho Hospital tuviere”<sup>83</sup>.

Lo que ocurrió en 1617 fue un traspaso de atribuciones a los religiosos de la orden hospitalaria de parte del gobernador de Chile, el cual también actuaba como presidente de

---

<sup>81</sup> Laval, “El hospital San Juan...”, *Op.Cit.*, p, 16.

<sup>82</sup> *Ibid.*, pp, 16-17.

<sup>83</sup> “Recepción de los padres de San Juan de Dios por Alonso de Ribera y capitulaciones reglamentarias que con ellos ajustó para su administración”, en: Vicuña Mackenna, *Op.Cit.* p, 258. Las cursivas son del texto.

la Real Audiencia y, por ende, era considerado vice-patrono en América producto de la tradición política del regalismo de la monarquía hispana que había llevado a que el monarca fuera cabeza de la Iglesia española<sup>84</sup>. Es por ello, que los hospitales, considerados como espacios de influencia eclesiástica, estaban fuertemente intervenidos por el virrey y los presidentes de las Audiencias, quienes, como representantes directos del poder real, podían influir en estas instituciones religiosas bajo el título de vice-patronos. De este modo, y según la apreciación de Benjamín Vicuña Mackenna, las primeras capitulaciones del hospital dejaron a los “padres reconocidos como libres administradores de las casas de Concepción y de Santiago, en cuanto a su régimen interno, pero sujetos expresamente *al patronato real*, es decir, a la autoridad civil [...] La administración era, por tanto, mixta, mitad laica y mitad eclesiástica”<sup>85</sup>.

La mitad considerada laica o civil estaba mediada por la institución de la Real Audiencia, cuya instauración en Santiago desde 1609, vino a mermar el poder de intervención dentro del hospital que conservaba el Cabildo. Para Jaime Valenzuela, la creación de la Audiencia en Chile en 1567 se orientaba a establecer un equilibrio de funciones<sup>86</sup>, especialmente, con el municipio de Santiago que había actuado como un órgano de poder efectivo a escala local<sup>87</sup>. No obstante aquello, no podemos desconocer las funciones político-administrativas que poseía el Cabildo, el cual, mediante sus regidores, cumplió una labor importante vigilando la constitución y funcionamiento de las obras públicas y los aspectos salubres de la ciudad<sup>88</sup>, puesto que, este organismo, no solo velaba por el “cumplimiento de las disposiciones edilicias relativas a la construcción de casas y edificios, mantención de los servicios comunes, ornato, aseo y progreso de las ciudades”, sino que también “por el bien espiritual de la población, la salud, el bienestar de la tierra y su buen gobierno, defensa, en fin, atención de pobres y forasteros”<sup>89</sup>.

---

<sup>84</sup> Chiaramonte, *Op.Cit.*, p, 104.

<sup>85</sup> Vicuña Mackenna, *Op.Cit.*, p, 88.

<sup>86</sup> Jaime Valenzuela, *Las liturgias del poder: celebraciones públicas y estrategias persuasivas en Chile colonial (1609-1709)*, Santiago, DIBAM, LOM Ediciones, Centro de Investigaciones Barros Arana, 2001, p, 83.

<sup>87</sup> Jaime Valenzuela, “Conflicto y equilibrios simbólicos ante un nuevo actor político: la Real Audiencia en Santiago desde 1609”, *Cuadernos de Historia*, Santiago, n° 18, diciembre, 1998, 115-138, p, 122.

<sup>88</sup> Julio Alemparte, *El cabildo en Chile colonial: orígenes municipales de las repúblicas hispanoamericanas*, 2° edición, Santiago, Andrés Bello, 1966, pp, 256-263.

<sup>89</sup> Guarda, “Historia urbana...”, *Op.Cit.*, p, 134.

La relación conflictiva que se instauró durante la primera mitad del siglo XVII entre la Real Audiencia y el Cabildo de Santiago se reflejó en la designación de fray Gabriel Molina como hermano mayor del hospital San Juan de Dios por el gobernador Alonso de Ribera, quien murió el mismo día que le firmó y entregó las capitulaciones, a saber el 9 de marzo de 1617. Debido a esto, Gabriel Molina tuvo que presentarse solo ante el Cabildo de Santiago para buscar el reconocimiento de su título. A pesar de que el Cabildo sabía que el hospital tenía grandes necesidades en cuestiones de asistencia a los enfermos, le negó la entrada a la orden hospitalaria, mandándolos a apelar ante la Real Audiencia. Allí, gracias a la intervención de Juan de Astorga, procurador general de Santiago, lograron apelar y convencer a los jueces de que se aceptara la admisión de los religiosos en el hospital entregándoles los bienes y haciendas para su administración. De este modo, el 18 de abril de 1617 se sentenció:

*“Por presentado y el escribano venga a hacer relación. Y habiéndose hecho incontinenti, se revoca el auto del Cabildo de esta ciudad y se manda que dando fianza de dar cuenta conforme a las condiciones hechas con el Gobernador Alonso de Ribera, reciban los dichos hermanos y les den posesión del dicho hospital luego”<sup>90</sup>.*

El conflicto que surgió con la llegada de la orden hospitalaria reflejaba una trama basada en determinar quién gobernaría el hospital, es decir, quién se encargaría de su administración económica y de la asistencia de los enfermos. Del mismo modo, el establecimiento de las primeras capitulaciones mostraba la relación que se conformó entre la Real Audiencia como máxima autoridad y el gobierno del recinto, así como también la superioridad que adquirió esta institución ante otras como el Cabildo y el obispo, a los cuales marginó de las decisiones que tomó en torno a quién administraría el lugar. De este modo, el mecanismo para establecer mayordomos que observamos mediante el caso de Diego Cifontes de Medina se cambió por otro donde la orden hospitalaria de San Juan de Dios pasó a nombrar hermanos mayores elegidos entre los prelados por la Real Audiencia. Sin embargo, según el auto del Consejo de Indias en Madrid del 20 de abril de 1652, se estableció, mediante unas disposiciones para ordenar la administración general de los

---

<sup>90</sup> “Escrito de apelación del procurador de ciudad ante la Real Audiencia, y decreto de ésta ordenando al Cabildo recibir a los hermanos de San Juan de Dios dando fianzas”, en: Vicuña Mackenna, *Op.Cit.*, p, 262.

hospitales en América llevados por los religiosos de San Juan de Dios<sup>91</sup>, que el hospital en Chile sería un convento, lo que conllevaba:

“11 Que en las tres Casa Matrices de Panamá, Lima y México puedan tener y tengan tres Comisarios ó Vicarios Generales de su Religión, á los cuales estén subordinados los Religiosos y Hermanos que hubiere en las otras tres Casas Conventuales de Santa Fe del Nuevo Reyno, Santiago de Chile y Villa Imperial de Potosí, y los que como dicho es, se diputaren y señalaren para la asistencia y ministerio de los Hospitales, cada uno en su distrito [...]

12 Que en las otras tres Casa Conventuales de Santa Fe, Santiago y Potosí, los Superiores se nombraren puedan intitularse Priors, y no Comisarios ni Vicarios Generales, porque no ha de haber más Casa Matrices con Comisarios, ó Vicarios Generales, que las tres referidas de Panamá, Lima y México”<sup>92</sup>.

El hospital como convento dirigido por la orden hospitalaria de San Juan de Dios le otorgó el significado de *casa de acogida* que revisamos en el apartado anterior, ya que la palabra convento se definía como “la casa, ó monasterio en que viven en común los religiosos, ó religiosas baxo las reglas de su instituto”<sup>93</sup>. Con ello, el hospital pasaba a estar vigilado no solo por organismos locales como la Real Audiencia, el obispo y el Cabildo, sino que también debía escuchar lo que se dictaba desde la casa matriz de la orden en Lima<sup>94</sup>, de donde se definía quién ocuparía el papel de prior del convento-hospital. No obstante, si este cargo no lograba ocuparse o desempeñarse correctamente, el virrey, el gobernador o el corregidor de la ciudad quedarían con la facultad de nombrar religiosos<sup>95</sup> y, por ende, de destituir al prior.

---

<sup>91</sup> *Recopilación de Leyes de los Reynos de las Indias, Op.Cit.*, Libro I, Tít. IV, Ley v, pp, 23-28.

<sup>92</sup> *Ibid.* Libro I, Tít. IV, Ley v, artº 11 y 12, p, 25.

<sup>93</sup> Real Academia Española, “Convento”, *Diccionario de la lengua castellana: reducido a un tomo para su más fácil uso*, 2º edición, Madrid, Impresión Nacional, 1780, p, 273.

<sup>94</sup> Luis Ortega Lázaro nos entrega el panorama de la ubicación de la orden religiosa de San Juan de Dios en los hospitales Hispanoamericanos en la época colonial, la cual, a principios del siglo XVII, se agrupaban en tres provincias:

- La de San Bernardo de Tierra Firme, con residencia en Panamá.
- La de Arcángel San Rafael de Perú y Chile, con residencia en Lima.
- La del Espíritu Santo de Nueva España, con residencia en Méjico.

Véase: Luis Ortega Lázaro, *Para la historia de la orden hospitalaria de San Juan de Dios en Hispanoamérica y Filipina*, Madrid, Secretariado Permanente Interprovincial Hermanos de San Juan de Dios, 1992, p, XIX.

<sup>95</sup> *Recopilación de Leyes de los Reynos de las Indias, Op.Cit.*, Libro I, Tít. IV, Ley v, artº 14, p, 25.

A pesar de que el hospital pasó a gobernarse por un prior como el superior del convento, el recinto siguió estando bajo patronato real y, por ende, la Real Audiencia tenía la facultad de nombrar a un ministro protector de hospitales, al cual vimos mencionado en las primera capitulaciones entregadas por Alonso de Ribera como “la persona” designada por el presidente para que actuara como su representante más inmediato. Durante todo el siglo XVII y XVIII, los ministros protectores fueron los encargados de llevar a cabo las principales transformaciones dentro del hospital San Juan de Dios de Santiago, en el cual promovieron reconstrucciones de salas y aumento de las rentas y personal ante periodos de emergencia por epidemias. Sin embargo, el protagonismo lo adquirieron a fines del siglo XVIII, específicamente, en 1801 con el nombramiento de José Santiago Concha Ximenes Lobarón como ministro protector, el cual reformó el hospital al otorgarle un reglamento en 1802, es decir, un orden escrito. Para él: “el formal arreglo de un Hospital consiste en la buena administración y empleo de sus rentas y en la más exacta curación de sus enfermos”<sup>96</sup>. Con ello, dejó sentado que la finalidad de este ordenamiento era fijar lo formal, es decir, establecer un orden concreto, sistematizado y legal que precisara el buen funcionamiento del hospital. En otras palabras, la determinación de este orden escrito buscaba direccionar el gobierno del recinto, considerando que en la época gobernar se entendía como sinónimo de “regir, encaminar y administrar [...] la república o personas y negocios particulares, su casa y su persona”<sup>97</sup>.

La conformación del reglamento de 1802 debe observarse como una convención, las cuales, según Mary Douglas, le otorgan legitimidad a una institución pensada como una agrupación social<sup>98</sup>. El orden que crea un reglamento debe tener una base social que se haya formado mediante un arreglo que “surge cuando todas las partes tienen un interés común en que exista una regla a fin de asegurar la coordinación, ninguna de ellas tiene intereses conflictivos y ninguna se desviará so pena de perder la coordinación deseada”<sup>99</sup>. Desde este punto de vista, el reglamento que conformó José Santiago Concha debe ser visto como una decisión que tomaron muchos actores y no como una imposición de la Real Audiencia. De

---

<sup>96</sup> José Santiago, *Reglamento del Hospital [manuscrito]*, Santiago, 1802-1803, MNM, FHSJD, “Introducción”, sin foliar.

<sup>97</sup> Sebastián de Covarrubias Orozco, “Gobernar”, *Tesoro de la lengua castellana o española*, Madrid, Ediciones Turner, 1979, p. 652.

<sup>98</sup> Mary Douglas, *Cómo piensan las instituciones*, Madrid, Alianza Editorial, 1996, p. 75.

<sup>99</sup> *Ibid.*, p. 74.



la misma forma debe analizarse un reglamento que surgió posteriormente en 1821 creado, ya no por un ministro protector, sino que por el Senado de Chile, el cual, desde 1812, pasó a ser el único organismo facultado para aprobar leyes y reglamentos institucionales.

Finalmente, junto al papel que desempeñó el prior del convento y el ministro protector, debemos volver a considerar al Cabildo de Santiago como supervisor del hospital y el papel que jugó junto al Protomedicato de Chile, independiente del de Lima desde 1786, el cual vino a hacerse cargo “de todas las cuestiones vinculadas con los problemas sanitarios” abarcando, desde “el punto de vista fiscalizador, todo lo relativo a medicina, cirugía y farmacia”<sup>100</sup>. Estas instituciones coloniales poseyeron la facultad de nombrar médicos, boticarios, cirujanos y sangradores, a los cuales vigilaban constantemente para regular su ejercicio profesional<sup>101</sup>. Sin embargo, no podían intervenir en el gobierno interno del hospital, solo podían ejercer una función de observancia y cuidado mediante su inclusión en la visita anual al recinto. Según la visión de Adriana Alzate Echeverri, la visita se habría conformado como “un *medio de gobierno* y un *procedimiento administrativo* en el cual la Corona enviaba visitadores para inspeccionar las instituciones dependientes del Patronato Real, como las universidades y los hospitales”<sup>102</sup>. Sin embargo, también debemos observarlas como mecanismos de vigilancia que surgían en cualquier momento ante la sospecha o la denuncia de un fraude o de un abuso de poder<sup>103</sup>.

Al igual que los reglamentos, a las visitas hay que comprenderlas como convenciones en las que intervenían las autoridades civiles junto a las religiosas, puesto que al hospital acudía el ministro protector, regidores designados por el Cabildo, el protomédico y un representante del obispo, los cuales eran guiados por el prior del recinto. Para la corona hispana, las visitas eran el mecanismo mediante el cual podía asegurarse el orden y hacerse parte en la administración de estos recintos. Por ello, era importante que junto a la intervención del Ordinario Eclesiástico, fueran “los Gobernadores ó Corregidores, con algunos Diputados de sus Cabildos, ó las personas que para ello se señalaren por los Virreyes”<sup>104</sup>. Tampoco podemos dejar de considerar que la orden hospitalaria de San Juan

---

<sup>100</sup> Archila, *Op.Cit.*, p, 671.

<sup>101</sup> *Ibid.*, p, 668.

<sup>102</sup> Alzate Echeverry, *Op.Cit.*, p, 216. Las cursivas son nuestras.

<sup>103</sup> José María Ots Capdequi, *El estado español en las Indias*, La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1975, p, 56.

<sup>104</sup> *Recopilación de Leyes de los Reynos de las Indias*, *Op.Cit.*, Libro I, Tít. IV, Ley v, artº 21, pp, 26-27.

de Dios tenía su propio mecanismo de supervisión, guiado desde la casa matriz de Lima, desde donde se enviaban comisarios o vicarios encargados de visitar, corregir y reformar los conventos-hospitales de acuerdo a lo instituido por la orden<sup>105</sup>.

#### **d) Conclusión**

Para identificar una noción del hospital colonial fue necesario comenzar un estudio bibliográfico sobre estas instituciones en Hispanoamérica con lo cual conformamos una imagen de estos lugares como reliquias, es decir, vestigios que quedaron del pasado y que solo servían para explicar cómo el médico y la investigación científica se habían posicionado como protagonistas en un hospital primitivo, caritativo y preocupado por prestar auxilio al pobre enfermo. En definitiva, era una visión histórica que anclaba estos recintos a un proceso evolutivo a la clínica del siglo XX. Sin embargo, hemos considerado que un estudio del hospital colonial debe alejarse de imágenes que lo observen como cosas viejas, para pasar a comprenderlos como fenómenos históricos de acuerdo a un contexto espacio-temporal específico y tomando en cuenta la multiplicidad de actores que influyeron dentro de estos lugares.

De este modo, las nociones en torno al hospital que corrieron durante el siglo XVIII unían dos planos: uno relacionado con la caridad y las obras de misericordia cristiana que se basaban en la práctica de la acogida, tanto espiritual como temporal, del pobre enfermo, al cual se le trataba como un asilado u hospedado dentro de un recinto que le proveía ayuda y curación. El otro plano, nació de la asociación del hospital con una casa, lo cual se unía a la noción de gobernar (propio del siglo XVIII) basada en la disposición de las cosas mediante tácticas en vez de la sujeción. Con ello, el hospital adquirió una nueva funcionalidad cuya finalidad era buscar el bien-estar dentro del recinto mediante el buen gobierno de las cosas y los hombres. Si bien no ocurrió una disociación de la noción de caridad y auxilio, se agregó un nuevo elemento que consideraba la(s) forma(s) de habitar la casa, comprendiendo que dentro de ella existía una red de asistencia que funcionaba como una familia y una economía, las cuales, estando bien gobernadas, cumplirían con el objetivo de curar al enfermo.

---

<sup>105</sup> *Recopilación de Leyes de los Reynos de las Indias, Op.Cit.*, Libro I, Tít. IV, Ley v, artº 11, pp, 25.

Todos estos elementos levantaron una imagen sobre cómo debería haber funcionado el hospital en la época colonial, es decir, como una casa de acogida. Sin embargo, también debemos considerar los significados que se construyeron a partir de las formas de administrar el recinto, es decir, con actores que decidían cómo se debería gobernar la casa-hospital mediante una serie de políticas y normativas que buscaban que el lugar funcionara adecuadamente. Así, una imagen de hospital encierra tres perspectivas: lo que se dijo de ellos posteriormente, lo que se decía de ellos en el periodo, y quiénes influyeron en su funcionamiento impulsando transformaciones.

Los actores que influyeron sobre el gobierno del hospital San Juan de Dios de Santiago conformaron una administración mixta del lugar. Por un lado, encontramos un cuerpo eclesiástico conformado por la orden hospitalaria de San Juan de Dios encargada de la asistencia de los enfermos y del gobierno interior del recinto llevado por el prior de la comunidad. Ellos se supeditaban a lo dictado por la casa matriz de la orden en Lima y, a nivel local, debían responder ante el obispo y sus comisionados por cuestiones relacionadas con la asistencia espiritual de los pobres. Por otro lado, encontramos un cuerpo civil que basaba su intervención en el recinto por el patronato real de la corona española sobre espacios eclesiásticos. Este cuerpo civil también incluía al Cabildo encargado de velar por la mantención de las obras públicas y la salud de la población en Santiago. En principio, el Cabildo se encargó de nombrar médicos para el hospital y de vigilar el ejercicio de su profesión, pero, luego de 1786, el Protomedicato de Chile pasó a ocuparse de esta función, influyendo, de este modo, dentro del gobierno del hospital.

En conclusión, un bosquejo de hospital colonial lo presenta como un espacio local, puesto que, a pesar de que su administración caía en manos de una orden hospitalaria que provenía de Lima, su funcionamiento era de base territorial. También debemos considerar, dentro de este bosquejo, que la función del hospital colonial iba mucho más allá de curar al pobre enfermo. La acogida, la caridad, la asistencia espiritual y un buen gobierno de la casa y la familia eran elementos que debían considerarse para que el recinto se mantuviera estable en el espacio urbano que se ubicaba. Así, teniendo en cuenta a los actores que influían en la administración del lugar y las atribuciones del mismo, podríamos generar un estudio comprensivo sobre los modelos de gobierno que se instalaron dentro del hospital San Juan de Dios de Santiago durante el siglo XVIII.

## CAPÍTULO SEGUNDO

### Por un adecuado hospital para los pobres enfermos de Santiago

Claudio Costa, en *Los estudios médicos en Chile durante la colonia*, relata un conflicto que surgió en 1767 entre el médico irlandés Domingo Nevín y los frailes del convento-hospital San Juan de Dios de Santiago<sup>106</sup>. Nevín había sido el primer profesor de la cátedra de Prima Medicina en 1756 en la Real Universidad de San Felipe y, luego de 1786, cuando el Protomedicato de Chile se independizó del de Perú, pasó a desempeñarse como protomédico controlando el ejercicio de la profesión, adoptando medidas sanitarias e inspeccionando el funcionamiento de los hospitales<sup>107</sup>. En 1767 comenzó a trabajar como médico del hospital San Juan de Dios de Santiago, lugar donde quiso establecer nuevos regímenes alimentarios para los enfermos y “modernizar la farmacia recargada de piedras bezoares, lamedores y productos de ninguna eficacia”<sup>108</sup>. Sin embargo, se encontró con la oposición del prior del recinto, fray José de Ribera y Mendoza, y de toda la comunidad de religiosos que se fueron contra el protomédico:

“Con el propósito de asegurar su eficacia y de que no faltasen remedios a los enfermos, Nevín propuso destinar una parte de la granja del Hospital a jardín de plantas medicinales, indígenas y exóticas. Además, quiso diversificar la dieta y establecer regímenes alimentarios, para cuya confección las aves, los huevos, la leche, las verduras, las legumbres y el vino podía suministrarlos la misma chacra. ¡Malhaya la ocurrencia! Cuando Nevín exigió a los religiosos que dieran el desayuno más temprano a los enfermos, el prior perdió los estribos: fuera de sí – hecho un energúmeno– agarró a garabatos al protomédico, lo puso de vuelta y media, y por fin, le ofreció bastonazos [...] Hasta aquí –no más– llegó el incontinente. La Real Audiencia tomó cartas en el asunto, y ofició al Gobernador para que, de una vez por todas, se deshiciera del badulaque: nombró, en efecto, una Hermandad laica, compuesta de treinta personas –lo más granado de la aristocracia chilena– quienes se encargarían –uno cada día– de asistir personalmente a los enfermos”<sup>109</sup>.

---

<sup>106</sup> Costa, *Op.Cit.*, pp, 16-17.

<sup>107</sup> Laval, “Noticias sobre los...”, *Op.Cit.*, p, 23.

<sup>108</sup> *Ibid.*, p, 97.

<sup>109</sup> Costa, *Op.Cit.*, p, 17.

La hermandad laica que nombra Costa, se formó en 1767 para atender las irregularidades sobre la asistencia hospitalaria y estuvo comandada por el oidor de la Real Audiencia José de Traslaviña. Sin embargo, se disolvió en 1771 cuando fray Cayetano de Torres asumió como prior proponiendo reformas al recinto, lo cual volvió innecesaria la vigilancia de los vecinos de la ciudad<sup>110</sup>.

El incidente surgido entre el doctor Nevín y los hermanos de la orden hospitalaria nos muestra al hospital San Juan de Dios de Santiago como un espacio donde intervienen distintas autoridades, las cuales chocan entre sí debido a las diferentes concepciones que tienen sobre cómo debería funcionar la asistencia hospitalaria. Los cambios propuestos por el médico molestaron al prior del recinto y solo la intervención de la Real Audiencia logró plantear una solución basada en otorgarle un poder de vigilancia a una hermandad de vecinos de la ciudad. Creemos que el relato de Costa busca justificar la presencia del doctor Nevín en el hospital (como representante del Protomedicato) y los cambios que propuso en la botica y en la alimentación de los enfermos en detrimento de la asistencia que entregaba la orden hospitalaria. Sin embargo, más que presentar cuál método para administrar la asistencia era más idóneo y cuál no, el relato de Costa nos permite observar al hospital como un espacio de conflictos, ya que allí se plantean diversos modelos de administración a partir de la identificación de problemas que prohíben que el lugar funcione adecuadamente.

De este modo, en el siguiente capítulo proponemos identificar el modelo de gobierno que rigió durante el siglo XVIII en el hospital San Juan de Dios de Santiago considerando cómo operaba el recinto dentro de la ciudad, cuáles eran sus principales problemas y cuáles fueron las propuestas de soluciones planteadas desde las autoridades locales.

#### **a) El funcionamiento del hospital dentro de la ciudad de Santiago**

Como mencionábamos en el capítulo primero, el gobierno del hospital San Juan de Dios de Santiago hacia el siglo XVIII era uno mixto. La orden religiosa de San Juan de Dios, encargada de asistir y acoger al pobre enfermo debía actuar en consonancia con las autoridades locales representadas por la Real Audiencia, el obispo y el Cabildo de Santiago. Si bien ellos no trabajaban dentro del recinto, podían supervisar la asistencia entregada por los religiosos a través de la visita, un mecanismo de gobierno instaurado por la corona

---

<sup>110</sup> Laval, “El Hospital San Juan...”, *Op.Cit.*, pp, 69-70.

española con el cual se revisaba el hospital realizando inventarios de la ropería, la botica, las salas de enfermería y, especialmente, tomando razón de las cuentas. La inspección se extendía también a los bienes del convento y al número de religiosos que vivían allí. Del mismo modo, se observaba si la asistencia entregada por la hermandad se correspondía con los oficios seculares, como por ejemplo, con el médico.

A principios de siglo, el hospital se había perfilado como un edificio en ruinas, lo que había llevado al gobernador de Chile y presidente de la Real Audiencia Juan Andrés de Ustáriz a reedificar el lugar en 1714. No obstante aquello, para Enrique Laval, corría en la época una mala imagen del hospital relacionada con las actividades de los religiosos, puesto que “año tras año se sucedían los más graves incidentes y la atención de los enfermos se descuidaba visiblemente, provocando a la vez que grave escándalo consternación entre los vecinos”<sup>111</sup>. Sin embargo, las visitas realizadas en la época no siempre apuntaban a criticar la labor de los religiosos, sino que trataban problemas más amplios como el mal estado del edificio y la atención deficiente por falta de medicamentos, aspectos que marcaron al hospital como un lugar que debía ser intervenido y reformado.

En 1748, el gobernador Domingo Ortiz de Rozas mandó al depositario de Santiago Juan Francisco de Barros para que efectuase una visita al hospital acompañado del prior del convento fray Eustaquio Meléndez. El recinto contaba con 63 camas repartidas en cuatro salas y con un grupo de religiosos compuesto por 22 personas:

*Tabla 1: Religiosos en el hospital San Juan de Dios de Santiago en 1748<sup>112</sup>.*

<b>Cargo</b>	<b>Nombre</b>
Prior	Eustaquio Meléndez
Boticario y Presidente del Convento	Joseph Tello
Consiliario Procurador General	Antonio Acevedo
Capellán y Maestro de Novicios	Joseph Mayor
Capellán	Antonio Torres
Presbítero	Joseph Torres
Enfermero de Convalecencia	Juan Joseph Medrano
Cobrador de la Hermandad del Espíritu Santo	Fermín Zaragastua
Enfermero Mayor	Bernardo Lugones
Segundo Enfermero y Roper	Nicolás Forda
Enfermero	Juan Joseph Rojas

<sup>111</sup> *Ibid.*, p. 59.

<sup>112</sup> La *Tabla 1* se construyó en base a: Archivo Nacional de Chile, Capitanía General (en adelante AHNCh., C.G), vol. 966, fojas, 214-271, 1748, “Razón de los religiosos que mantiene este convento hospital en este presente año de 1748”, ff., 236-237.

Vicario del Coro	Ramón Benavides
Cirujano del Hospital	Joseph Nuñez
Administrador de la Estancia	Francisco Nuñez
Sacristán	Antonio Miza
7 Novicios	Joseph Bosa
	Benito Sotomayor
	Joseph Varaona
	Francisco Olguin
	Matheo Redondo
	Carmelito Dorado
	Manuel Ruzo

En la *tabla 1*, podemos observar que la comunidad de religiosos se encargaba de realizar tanto trabajos de enfermería, como de administración interna del hospital. Los enfermeros eran 4, los cuales, posiblemente, se acompañaban de los novicios y de los 9 esclavos con los que contaba el recinto para atender las salas donde se ubicaban los enfermos. Entre los religiosos podemos encontrar a un boticario y un cirujano, así como también a 2 capellanes encargados de asistir espiritualmente a los convalecientes. Fuera de los trabajos de asistencia, la economía interna del hospital, basada en la cobranza de réditos, gastos ordinarios y administración de estancias anexas, estaba a cargo del prior del lugar, quien actuaba en conjunto con el fray procurador general, el cual llevaba la gestión económica y legal del recinto. No obstante, a modo general, todos los religiosos debían participar de la curación de los enfermos como lo expresa el prior Eustaquio Meléndez:

“Estos son los religiosos que mantiene este convento de vestuario, comida y de más cosas que se les ofrecen; y aunque tienen todos sus oficinas como se expresa, al toque de la Campana de la obediencia, asisten todos a la curación de los Pobres enfermos y demás servicio por ser nuestro principal instituto”<sup>113</sup>.

La administración de Eustaquio Meléndez fue bien calificada por el gobernador Domingo Ortiz de Rozas porque consideraba que había cumplido con el celo y caridad necesarias para llevar la asistencia dentro del hospital. En la razón que entregó el prior de los aumentos que había realizado en el recinto desde 1738 a 1748, cuenta con reparaciones a la botica, la cual surtió con medicamentos traídos de Lima y con nuevos implementos como ollas, pailas y espátulas, las cuales serían utilizadas en una nueva cocina:

<sup>113</sup> AHNCh., C.G, vol. 966, fojas, 214-271, 1748, “Razón de los religiosos que mantiene este convento hospital en este presente año de 1748”, fj., 236v.

“Hice una cocina para hacer los jarabes, unguentos y cocimientos necesarios que no le había; así mismo eche puerta al noviciado, para que entren los hermanos al trabajo de dicha Botica y la que sale de la Botica al corredor son dos que quedan de aumento”<sup>114</sup>.

Del mismo modo en que Meléndez abrió la botica al noviciado, abrió nuevas puertas en la portería que dieran a la calle para permitir la entrada de los enfermos. Asimismo, reformó las salas de mujeres, españolas y naturales cambiando los cerrojos de las puertas para evitar que los enfermos salieran del hospital, echándole cal a las paredes para que el agua de lluvia no escurriese en invierno y construyendo ventanas más grandes para la iluminación de las piezas. Las transformaciones más importantes las realizó en la sala de mujeres:

“Las puertas de la Sala de mujeres nueva de [raulí] con su cerrojo y llave, y toda la sala la levanté de nuevo con sus cimientos y a los lados puse dos ventanas para la luz y en la testera de dicha Sala hice una Capilla y en medio su altar y coloque un lienzo de la Purísima y en cada lado de dicha Capilla una ventana para la luz [...] Y viendo que en dicha Sala no había más que 16 camas y las ocupaban todas [...] y muchas veces se ponían catres por en medio, determiné hacer otra sala de diez camas la que queda de aumento con sus covachas de madera [...] y remates a los lados, con el número de cada cama y sus pilares a los lados con cortinas y catres en todas las covachas y queda toda la dicha Sala enladrillada y tiene correspondencia a la Sala de españolas, que esta dicha Sala se hizo para Indias y el titular de dicha Sala San Eustaquio Martín, y le queda una ventana para la luz y una puerta que [va] a un corredor pequeño que hice en el patio de dicha enfermería para que cuando llueva puedan las enfermeras sin mojarse lavar las bacinillas y demás cosas necesarias de dicha enfermería y la dicha puerta queda con llave”<sup>115</sup>.

Los cambios producidos en la sala de mujeres españolas con la creación de una sala anexa con 10 camas para mujeres indias, generaron objeciones de parte del fiscal visitador Juan Francisco de Barros. Para él, si bien no se podía negar que el fray Meléndez había llevado una administración adecuada a lo que dictaba el ministerio de la orden hospitalaria, con la transformación de las salas había desobedecido el artículo 25 de la ley V sobre la

<sup>114</sup> AHNCh., C.G, vol. 966, fojas, 214-271, 1748, “Razón individual de los aumentos que hizo el fray Eustaquio Meléndez desde el mes de diciembre de 1738 hasta el presente mes de junio de 1748”, 238v.

<sup>115</sup> AHNCh., C.G, vol. 966, fojas, 214-271, 1748, “Razón individual de los aumentos que hizo el fray Eustaquio Meléndez desde el mes de diciembre de 1738 hasta el presente mes de junio de 1748”, 245v-246.



administración de los hospitales que estuvieren bajo los religiosos de San Juan de Dios. Allí se dictaba:

“25 Que supuesto que los dichos Religiosos no entran en estos Hospitales para hacer Conventos de la Religión, sino para asistir y curar los pobres, no se les ha de permitir ni permita que muden las fábricas de ellos, ni hagan Iglesias, Claustros ó Celdas á su voluntad, en que se sabe, que en algunas han excedido y exceden, sino solamente aquellas obras, oficinas y reparos que convinieren para la Hospitalidad, ó cómoda vivienda de los Religiosos, y esto habiendo primero precedido consulta, y obtenido licencia del Virrey ó Gobernador para los Hospitales de nuestro Patronazgo Real”<sup>116</sup>.

El 31 de octubre de 1749, el gobernador Domingo Ortiz de Rozas tomó razón de los informes elaborados en la visita y reconociendo los cambios efectuados por el prior, mandó a que no se realizaran más transformaciones en las salas del hospital sin la previa autorización del virrey del Perú o de la Real Audiencia de Chile. Asimismo, mandó a que se revisara nuevamente la botica del recinto y que la persona que la administrara compareciera “ante el Protomédico de esta Ciudad para efectos de ser examinado en el ejercicio de la farmacopea, y siendo de su aprobación de que constará por escrito”<sup>117</sup>.

De este modo, el gobierno mixto que se había instaurado en el hospital se basaba en una continua observancia de unos sobre otros. Si bien no se podía negar que el recinto funcionaba adecuadamente gracias a los cambios producidos en las salas de enfermería por el prior Eustaquio Meléndez y por la composición del grupo de religiosos que era suficiente para atender las 63 camas, todos debían someterse a la aprobación y a la custodia de los funcionarios reales como el virrey y el gobernador de Chile. Del mismo modo, podemos observar que dentro del hospital, la botica se había posicionado como un lugar de debate que debía ser manejada por alguien competente. La resolución del gobernador Ortiz de Rozas de mandar al fray Joseph Tello, quien actuaba como boticario, a presentarse ante el protomédico de la ciudad demuestra la necesidad de las autoridades locales por intervenir en un espacio público mediante la supervisión de los oficios, la asistencia y el estado del edificio.

---

<sup>116</sup> *Recopilación de Leyes de los Reynos de las Indias, Op.Cit.*, Libro I, Tít. IV, Ley v, artº 25, p, 27.

<sup>117</sup> AHNCh., C.G, vol. 966, fojas, 214-271, 1748, “El gobernador Domingo Ortiz de Rozas sobre la visita realizada al hospital San Juan de Dios de Santiago en 1748”, fj., 270-270v.

Las intervenciones de las autoridades seculares más importantes dentro del hospital San Juan de Dios de Santiago se dieron en periodos de crisis sanitarias provocadas por enfermedades masivas o epidémicas como la viruela, la cual afectó a la ciudad entre 1787 y 1788. El 29 de mayo de 1787, el prior del hospital Juan Evangelista Adamés escribió a la Real Audiencia pidiendo ayuda ante la epidemia de viruelas que se estaba expandiendo por la ciudad y que había llevado a que el hospital se llenara de enfermos, muchos de los cuales ya no podían ser admitidos por falta de camas:

“Ha sido tal la concurrencia de enfermos a este Hospital de mi cargo, que ya no caben en sus salas los que vienen a ampararse de la asistencia que en él se les presta, sin embargo de que se ha tomado el arbitrio de tender camas por en medio de ellas después de llenas las sientos cuatro covachas de que se componen, que exceden en número de cuarenta y nueve, a las cincuenta y cinco de su dotación de suerte que ya no queda espacio para recibir un enfermo más, como lo reconoció el Señor Don Francisco Diez de Medina oidor de esta Real Audiencia personalmente asociado al Señor Alguacil Mayor Marquez de Cazarreal”<sup>118</sup>.

Los arbitrios o resoluciones tomados por el prior habían sido una medida de urgencia ante la alta concurrencia de enfermos al hospital, el cual no estaba dotado para actuar ante la eventualidad que suponía una epidemia. Como el hospital dependía de la Real Audiencia, esta institución colonial fue la encargada de otorgarle una solución. Así, el 30 de mayo de 1787 se dictaminó la convocatoria de una junta caritativa compuesta por el presidente de la Real Audiencia, quien nombraría a ministros de este tribunal y del Cabildo, a los cuales se les uniría el obispo de Santiago. Ante el desencadenamiento de crisis salubres producto de una enfermedad masiva, era usual la creación de juntas formadas por funcionarios locales que buscaban interferir en los hospitales, los cuales, según Paula Caffarena, se volvieron espacios necesarios para controlar la propagación del virus a través de prácticas como la cuarentena que permitía “contener el avance de la enfermedad a la vez que socorrer a los

---

<sup>118</sup> Juan Evangelista Adames, *Expediente formado a representación del Padre Prior de San Juan de Dios de esta capital: en el que se expone el lastimoso estado en que se halla su convento a causa de la epidemia general de viruelas que se padece en todo el Reino [manuscrito]*, Santiago, 1787- 1788, MNM, FHSJD, “Carta del prior fray Juan Evangelista Adames a la Real Audiencia” 1-2, fj., 1.

contagiados, pues los enfermos de viruela, sobre todo los pobres, requerían espacios más allá del familiar para sobrellevar el curso de la enfermedad”<sup>119</sup>.

La primera reunión de la junta caritativa fue el 31 de mayo. El principal objetivo que se plantearon fue acordar y dictaminar un procedimiento para hacer efectivo el socorro a los enfermos de viruela y así evitar su propagación al resto del pueblo “por defecto de auxilios”<sup>120</sup>. Para ello, mandaron a habilitar una enfermería provisional en la Casa de Huérfanos, la cual quedaría a cargo del mayordomo Miguel Diez de Arteaga y bajo la supervisión de los diputados de la Hermandad del hospital de mujeres San Francisco de Borja de Santiago fundado en 1772. Junto a estos diputados podían venir “otras personas de honor que gusten extender su caritativo celo a esta casa de Misericordia turnándose por días a semanas, según lo tuvieren por conveniente a disposición del indicado Mayordomo”<sup>121</sup>. Estas personas serían sirvientas y enfermeras del hospital San Francisco de Borja, a las cuales se les unirían las mujeres que atendían en la Casa de Huérfanos. De este modo, se conformó un cuerpo de asistencia que actuaba guiado por la caridad y la emergencia que había generado el exceso de enfermos virulentos.

Luego de que la junta caritativa determinó un lugar de asistencia provisional, pasó a tratar el tema de cómo financiar la enfermería de la Casa de Huérfanos. Para ello, se mandó al hospital San Juan de Dios a aportar con los medicamentos de su botica y “demás socorros que puedan ministrarle”<sup>122</sup>. Asimismo, el médico y el cirujano de dicho hospital tendrían que encargarse de los pobres apostados en la Casa de Huérfanos. Sin embargo, a modo general, el proyecto fue financiado con limosnas. Para ello, los ministros de la Real Audiencia y del Cabildo que formaban parte de la junta debieron constituir cuatro listas de donativos:

“Comprendiendo la primera los señores Prebendados Eclesiásticos, comunidades Religiosas, Terrenas órdenes y Cofradías, la segunda los empleados, la tercera los

---

<sup>119</sup> Paula Caffarena Barcenilla, *Viruela y Vacuna. Difusión y circulación de una práctica médica. Chile en el contexto Hispanoamericano 1780 – 1830*, tesis para optar al grado de doctor en historia, Santiago, Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política, Instituto de Historia, 2015, pp. 65- 66.

<sup>120</sup> Adames, *Op.Cit.*, “Conformación de la junta de caridad en la ciudad de Santiago de Chile en treinta y un días del mes de mayo de mil setecientos ochenta y siete años”, 4-6, f.j., 4v.

<sup>121</sup> *Ibid.*, f.j., 5.

<sup>122</sup> *Ibidem*.

vecinos hacendados, y la cuarta los comerciantes y para el resto de Gentes que se pida públicamente por demanda o bandeja”<sup>123</sup>.

Las limosnas que financiarían la ayuda provenían prioritariamente de los sectores más acaudalados de la sociedad, no obstante, también se consideraba que la “gente” pudiera hacer un donativo. Con ello, podemos observar que la caridad que nacía ante una emergencia era tarea de todos los grupos que integraban la ciudad y que, por ende, la solución conllevaba su efectiva participación mediante la donación. Así, el 5 de junio de 1787 la enfermería provisional comenzó a funcionar con 50 camas y con trescientos pesos otorgados por el obispo de Santiago Manuel de Alday y Aspée como primer donativo.

A pesar de que la enfermería de la Casa de Huérfanos buscó ayudar al hospital San Juan de Dios en la asistencia de los contagiados de viruelas, a pocos días de comenzada la obra, el prior del hospital volvió a escribir al presidente de la Real Audiencia sobre el daño que le estaba provocando aportar con medicinas de su botica para la provisional. El hospital no estaba funcionando adecuadamente ante la epidemia, por lo tanto, no podía atender a la entrega de parte de sus recursos para los enfermos de la Casa de Huérfanos:

“Es bien patente que esta Casa ha excedido sus fuerzas para prestar las asistencias de tantos miserables, y quedo empeñada por el excesivo consumo de Ropas, y Medicina que habido, y habrá en lo sucesivo mientras dure la Epidemia; y [así] supuesto que anualmente sobrelleva el Hospital más asistencias de aquellas a que está obligado, y en el día con mucho exceso, no puede sufrir el gravamen de disiparse en socorros que no son de su resorte; y después de todo ni esta Casa tiene con que, ni se ha [obligado] nunca a dar auxilios a Hospitales provisionales”<sup>124</sup>.

Para el prior del hospital, la enfermería provisional significaba un gravamen sobre sus rentas, es decir, una carga que la administración del recinto no podía sustentar. Con ello, demuestra que, a pesar de que el hospital era el más grande y antiguo de Santiago, no lograba funcionar debidamente ante una epidemia, ni podía prestar recursos a un lugar provisional, contrario a lo que ocurrió en el hospital San Francisco de Borja que pudo mandar diputados y personal para trabajar en la Casa de Huérfanos. De este modo, el hospital San Juan de Dios no era una institución fortalecida con mecanismos propios que

---

<sup>123</sup> *Ibid.*, f.j., 6.

<sup>124</sup> *Ibid.*, “Carta del prior del hospital San Juan de Dios de Santiago fray Juan Evangelista Adames a la junta de caridad”, 33, f.j., 33v.

pudieran afrontar las emergencias que provocaban las epidemias y quizás, como dice el prior, ni siquiera las “asistencias de aquellas a que está obligado”. Es por ello, que necesitaba de la conformación de juntas caritativas que pudieran articular una red de acogida anexa a la del hospital y financiada con limosnas requeridas por las autoridades locales.

El 3 septiembre de 1787, el mayordomo de la enfermería provisional avisó a la junta caritativa que había concluido la ayuda extraordinaria que se le había prestado a los contagiados:

“Continuó en igual fuerza todo el mes [de junio] en que contada siento treinta y seis enfermos y en el siguiente mes: algunos menos. Conociendo esto me reduje a cuatro salas y en principios de Agosto solo a dos salas, igualmente a mediado de dicho mes: no quedándome más de uno en cama y algunos convalecientes. Al primero lo pase a la enfermería del Señor San Juan de Dios, y a los otros atendí hasta su reposición por lo que suspendí la asistencia y gasto de mi comisión”<sup>125</sup>.

Las juntas caritativas y los hospitales provisionales solían crearse para palear las epidemias que se expandían desde Santiago hacia las áreas rurales y que duraban entre cuatro y seis meses<sup>126</sup>. El escenario asistencial que se había armado era circunstancial, por ende, la ayuda terminaba con el último enfermo que se trataba, puesto que no existía una política o procedimiento constante que buscara evitar la propagación de virus y enfermedades. No obstante, debemos matizar esta interpretación con las conclusiones de Caffarena quien plantea que, a pesar de que la realidad económica de la Capitanía General de Chile era insuficiente, en el siglo XVIII germinó el concepto de salud pública con la inclusión de las autoridades locales en el control de las epidemias. Sin embargo, fue durante el siglo XIX cuando las autoridades adquirieron una efectiva responsabilidad ante los problemas de salud de la población “en desmedro de las funciones que anteriormente ocupaba la Iglesia, pues poco a poco los religiosos dejaron de estar a cargo de los hospitales, de la distribución de las medicinas, y los médicos adquirieron prestigio y validez para contrarrestar la enfermedad”<sup>127</sup>.

---

<sup>125</sup> *Ibid.*, “El Mayordomo del hospital provisional de la Casa de Huérfano se dirige a la Real Audiencia”, 58-58, f.j., 58.

<sup>126</sup> Eduardo Cavieres, “Epidemias, medicina y sociedad colonial: la plaga de 1779-1780 en Chile”, *Cuadernos de historia*, Santiago, n.º. 10, 1990, 87-108, p, 95.

<sup>127</sup> Caffarena Barcenilla, *Op.Cit.* p, 107.

Lo provisorio de las políticas de salud pública en la colonia llevó a cerrar la enfermería de la Casa de Huérfanos cuando ya no llegaron más enfermos de viruela a atenderse. No obstante, el mismo mecanismo que se había armado en junio de 1787 debió volverse a poner en práctica el 5 de junio de 1788 cuando el prior del hospital San Juan de Dios Manuel Tello escribió al presidente de la Real Audiencia avisando que una nueva epidemia de sarampión y de viruelas afectaba a la ciudad:

“Que con motivo de la epidemia de sarampión, que aflige este vecindario y la de viruelas, que se va encendiendo de nuevo en los restos que quedaron por padecerla el año pasado, es tanta la concurrencia de enfermos a este hospital de mi cargo, que ya no caben en sus salas, los que vienen a ampararse del asilo de su asistencia, sin embargo de haberse ocurrido al acostumbrado arbitrio de tender cama por el medio de ellas después de llenar todas las covachas que tiene el Hospital que son duplicadas en número al de la dotación de las que debe mantener”<sup>128</sup>.

La situación del hospital volvía a ser crítica debido a sus bajas rentas y poco espacio para recibir a los enfermos. Nuevamente, se dictaminó la creación de una junta caritativa, además de juntas particulares para las cuatro parroquias en que se encontraba dividida la ciudad de Santiago: El Sagrario, Santa Ana, Nuestra Señora del Carmen y San Lázaro<sup>129</sup>. Estas juntas particulares se conformaron con la participación de ministros designados de la Real Audiencia, el alcalde de cuartel de la parroquia, los alcaldes de barrios y con todos aquellos vecinos que quisieran contribuir en el asunto. A diferencia de la junta de 1787, ahora se planteaba un sistema de ayuda más disgregado y con una mayor participación territorial. Esta vez, la junta general no logró abrir un hospital provisional debido a la falta de limosnas. Es por ello, que la creación de las juntas particulares tuvo como principal finalidad asistir a los enfermos más necesitados en sus casas, a las cuales llegarían los diputados comisionados a visitarlos al menos una vez a la semana.

El expediente de viruelas que hemos analizado no recopila material posterior a la creación y primera resolución de la junta caritativa de 1788. Sin embargo, podemos suponer que no se logró detener los brotes de viruelas, ya que encontramos nuevas

---

<sup>128</sup> Adames, *Op.Cit.*, “Carta del fray Manuel Tello Prior del convento Hospital del Orden de Nuestro Padre San Juan de Dios al presidente de la Real Audiencia”, 74, f.j., 74.

<sup>129</sup> Cavieres, *Op.Cit.*, p, 91.

evidencias de epidemias en Santiago en 1793 y 1799<sup>130</sup>. A pesar de aquello, el escenario que hemos recorrido nos ha permitido visualizar al hospital como un espacio de intervención para las autoridades locales, las cuales debían responder con juntas caritativas y solicitudes de limosnas para evitar el colapso de los hospitales ante la expansión de enfermedades masivas. Para Cavieres, estas respuestas sociales “indican un cierto sentido de solidaridad oficial y al mismo tiempo reflejan la pobreza de la vida material y el mínimo nivel de los servicios médicos”<sup>131</sup>. Sin embargo, todo el montaje de asistencia que se levantaba ante una epidemia son reflejo de los esfuerzos realizados por las autoridades y los propios médicos “para enfrentar más científica y realísticamente las continuas plagas y epidemias a las cuales la sociedad estaba tan expuesta”<sup>132</sup>.

Son estos esfuerzos los que caracterizan el siglo XVIII, en los cuales se ven involucradas instituciones civiles que supervigilan el hospital, proponen cambios para el recinto y se hacen cargo de armar mecanismos de asistencia extraordinaria en consonancia con el gobierno interno del lugar guiado por la orden hospitalaria de San Juan de Dios.

#### **b) Los problemas del hospital**

El hospital San Juan de Dios de Santiago, al observarlo como una institución regida por un gobierno mixto, nos permite comprenderlo en consonancia con lo local y, por ende, como un espacio de intervención donde se plantean diversos problemas, para los cuales múltiples actores proponen soluciones. Según la visión de Pedro Lautaro Ferrer, la beneficencia pública fue la que permitió sostener a las instituciones hospitalarias coloniales “que tan duras pruebas sufrieron en su principio, consiguiendo alcanzar la vida robusta que hoy llevan sostenidas siempre por la caridad y la acción de nuestras autoridades”<sup>133</sup>. Sin embargo, esta beneficencia pública debe comprenderse dentro de un fenómeno donde el hospital comenzó a posicionarse como un lugar de mediación, en el cual las autoridades y los religiosos de la orden de San Juan de Dios podían tomar parte en la administración para dirigir el ejercicio de la acogida.

---

<sup>130</sup> Caffarena Barcenilla, *Op.Cit.*, p, 36.

<sup>131</sup> Cavieres, *Op.Cit.*, p, 108.

<sup>132</sup> *Ibidem.*

<sup>133</sup> Ferrer, *Op.Cit.*, p, 235.

En el siguiente apartado, hemos seleccionado tres grandes problemas que afectaron al hospital San Juan de Dios de Santiago durante el siglo XVIII y que llevaron a la realización de una extensa visita en 1791, de la cual nacieron propuestas de reformas a partir de informes realizados por autoridades locales y especializadas (como el informe del protomédico y del arquitecto). Los problemas relacionados con la administración de las rentas, los que tratan sobre la falta de rigurosidad para efectuar la asistencia física a los enfermos y los que se vinculan con el estado ruinoso del edificio, nos permiten observar a este hospital como un espacio de intervenciones, donde se proponen soluciones para re-direccionar el gobierno del recinto.

#### **i. Los estados de renta: “una miscelánea de confusión”**

El 6 de agosto de 1791, el gobernador y presidente de la Real Audiencia Ambrosio O’Higgins estando junto a Blas de Sobrino y Minayo, obispo de la Catedral de Santiago, acordaron una visita al hospital San Juan de Dios para el 8 de agosto a solicitud del rey mandada a hacer por un fiscal de su corte. La última visita al hospital se había realizado en 1786 y, por ende, se hacía necesario efectuar una nueva a la brevedad que se preocupara por describir “en aquel acto todas las providencias que fueren conducentes para reconocer prolijamente el estado de dicho Hospital”<sup>134</sup>. Para ello, se dispuso la asistencia de José Santiago Portales, ministro contador de la Real Hacienda, quien se encargaría de revisar los libros de administración de rentas. Además se contó con el protomédico José Antonio Ríos y el boticario Agustín Pica, quienes visitarían las salas de enfermería y revisarían los suministros de la botica del hospital.

El ministro contador José Santiago Portales elaboró un informe el 12 de octubre sobre el “estado general de cargo y data, deudas activas y pasivas, y alcances que resultan contra el hospital del Señor San Juan de Dios de esta Ciudad”<sup>135</sup> a partir de los cinco libros de cuentas (el de gastos extraordinarios, gastos ordinarios, entradas del convento, entradas y salidas de la hacienda de Paine y el de censos) considerados desde el 23 de octubre de 1787 hasta el 10 de agosto de 1791, los cuales según su apreciación:

---

<sup>134</sup> Ambrosio O’Higgins, *Expediente relativo a la visita del Virrey al Hospital San Juan de Dios y su reedificación [manuscrito]*, Santiago, 1791, MNM, FHSJD, “Auto de Ambrosio O’Higgins Vallenar sobre una visita al hospital San Juan de Dios de Santiago”, 2, fj., 2.

<sup>135</sup> *Ibid.*, “Informe de la visita realizada al hospital San Juan de Dios de Santiago en ocho de Agosto de mil setecientos noventa y un años por el muy Ilustre Señor Don Ambrosio O’Higgins Vallenar”, 2-5, fj., 5.



“Son tantos los que se encuentran que me parece ocioso ocupar el tiempo en pretender aclarar una miscelánea de confusión: Pero como no parezca propio del elevado celo de V.S dejar aquellas cuentas en el abandono con que han regido hasta lo presente, soy de dictamen [...] se forme o bien por esta tesorería general, o por el tribunal de cuentas de este Reino, un modelo que explique en método sencillo y claro el modo de llevar la diaria y verdadera cuenta de la entrada y salida de aquel Hospital, o determinar en la materia lo que fuere de su superior agrado”<sup>136</sup>.

Para José Santiago Portales, los libros de cuentas del hospital no tenían un método de registro claro y es por ello que propone que se forme un sistema sencillo que ayude a llevar las cuentas diarias de entradas y salidas para ordenar el panorama del movimiento de las rentas, ya que, hasta el momento, el estado del hospital era ruinoso. Desde 1787 a 1791 al hospital habían entrado 36.248 pesos 3/4 reales, mientras que se habían gastado 42.590 pesos 4 5/8 reales, es decir, que había un desfase de 6.315 pesos 3 3/8 reales provocado por deudas.

Junto al informe de los problemas identificados en la economía interna del recinto se adjuntó una lista de los religiosos y seculares que componían la comunidad del hospital, considerando los salarios diarios y mensuales:

*Tabla 2: Lista de los religiosos y seculares que trabajaban en el hospital hacia 1791 considerando salarios diarios y mensuales*<sup>137</sup>.

<b>Destino</b>	<b>Nombre</b>	<b>Salario diario</b>	<b>Salario mensual</b>
Prior	Fray Manuel Tello	2 reales	—
Padre de provincia	Fray Antonio de Torres	2 reales	—
Padre de provincia	Fray José de Toro	2 reales	—
	Fray Cayetano de Torres	2 reales	—
Consiliario primero y boticario	Fray Juan Evangelista Aldames	1 real	—
Consiliario segundo y procurador	Fray Gregorio Bustamante	1 real	—
Postulante	Fray Joaquín Troncoso	2 reales	—
Capellán	Fray José Silba	2 reales	—
Capellán	Fray Fernando Calderón	2 reales	—
	Fray Francisco Beinza	2 reales	—
	Fray Antonio Palma	2 reales	—
Postulante	Fray José Delgado	2 reales	—

<sup>136</sup> *Ibid.*, “Informe del ministro contador de esta Tesorería general de esta en cumplimiento del superior decreto de V.S”, 5-6, fj., 5v.

<sup>137</sup> La *Tabla 2* fue elaborada en base a: *Ibid.*, “Lista de los Religiosos que componen la actual Comunidad de este Convento Hospital Real de Nuestro Padre Señor San Juan de Dios de esta ciudad de Santiago con inclusión de los destinos de cada uno, y las salarios por diario y mensualidad”, 7-7v.

	Fray Juan Ogalde	2 reales	—
	Fray Ignacio Rubio	2 reales	—
Postulante	Fray Matías de la Barrera	2 reales	—
Administrador de la Hacienda	Fray Pedro Manuel Chaparro	2 reales	—
	Fray Pascual Bobadilla	2 reales	—
Enfermero Mayor	Fray Antonio Robles	1 real	—
Enfermero Menor	Fray Matías Hermosilla	1/2 real	—
Ropero	Fray Pablo Málaga	1/2 real	—
	Fray Tomás Andrada	1/2 real	—
Postulante	Fray Pedro Bauza	1/2 real	—
Postulante	Fray Fernando Vilchin	1/2 real	—
	Fray Martín Ossette	1/2 real	—
	Fray José Antonio Toledo	1/2 real	—
	Fray José Soto	1/2 real	—
	Fray José Guerra	1/2 real	—
	Fray Estanislao Vargas	1/2 real	—
Ayudante primero de enfermería	Hermano José Vásquez	1/2 real	—
Ayudante segundo de enfermería	Hermano Adrián Toro	1/2 real	—
Médico	Don José Antonio Sierra	—	300 pesos
Cirujano	Don Bonifacio Villarreal	—	300 pesos
Sangrador	Pedro José Mendoza	—	110 pesos
Cocinera de enfermería	Josefa Tello, esclava del convento su salario semanal es de 1 pesos 1/2 real	—	—
Peón ayudante de cocina de enfermería	Manuel Castillo	1 real	—
Cocinera de religiosos	Javiera Jiménez	2 reales	—
Peón ayudante de cocina de religiosos	José Bravo	1 real	—
Lavandera de enfermería	Pechoña Fuica	—	72 pesos
Lavandero de frazadas	José Calderón	—	48 pesos
Sepulturero	Ignacio Martínez, esclavo del convento que se le paga 1 real por semana	—	—
Sepulturero	José Aranguéz, esclavo del convento que se le paga 1 real por semana	—	—

Como podemos observar en la *tabla 2*, hacia 1791 el hospital contaba con un amplio cuerpo de religiosos que, al igual que en 1748, se ocupaban de tareas administrativas (como el padre prior, el procurador, consiliarios y el administrador de hacienda), de la asistencia espiritual de los enfermos (contando con 2 capellanes) y de la enfermería. A pesar de que el hospital cargaba con una gran deuda, contaba con un cuerpo de oficiantes seculares completo, que si bien no era tan amplio como el religioso, estaba compuesto por un médico, cirujano y sangrador, un grupo de cocineras y lavanderas, más dos sepultureros. Sin

embargo, el cargo de boticario continuaba siendo ocupado por un fraile, lo cual causaría problemas con el protomédico debido a su falta de competencia.

Una de las críticas del ministro contador apuntaba a que las cuentas eran confusas debido a la falta de un método para registrar las salidas y entradas del hospital. No obstante, los problemas en la administración económica del lugar iban más allá, puesto que entre los mismos religiosos habían aparecido pleitos en torno a cómo se manejaban las rentas. En 1792, surgió un conflicto entre el prior del hospital Manuel Tello y el fray consiliario segundo y procurador Gregorio Bustamante. El prior acusaba al procurador de haberse fugado del hospital con el dinero recopilado del cobro de censos, es decir, de los réditos conseguidos del arriendo de propiedades rurales o urbanas que poseían las órdenes religiosas, los conventos e iglesias, y que se habían conseguido por legados y donaciones<sup>138</sup>:

“Participo a V.S. que con motivo de ciertos [...] acaecimientos he venido en pleno conocimiento y ciencia cierta de que el Procurador de este Convento Hospital Real Fray Gregorio de Bustamante ha disipado mucha cantidad de pesos pertenecientes a los réditos de Censos, que se recaudaban por su mano, y que no me ha entregado en muchos tiempos al pretexto de decirme no poderlos conseguir de los Inquilinos por la pobreza en que se hallan constituidos”<sup>139</sup>.

Para solucionar el problema, el prior y el procurador acordaron un día en que ambos irían a las casas de los censatarios a cobrar, sin embargo, Gregorio Bustamante se excusó diciendo estar enfermo de chavalongo, lo que lo llevó a estar veinte días en cama. Cuando sanó, se negó a salir con el prior Manuel Tello, el cual decidió castigarlo “haciéndole poner [...] en el cepo, donde lo mantuve hasta las Oraciones [del] mismo día, en que aparentando arrepentimiento y prometiéndome por medio del Consiliario mayor Fray Juan Evangelista Adames ser obediente en lo sucesivo, hube de ponerlo en libertad”<sup>140</sup>. No obstante, el conflicto se prolongó hasta el 25 de mayo de 1792, cuando el fray Gregorio Bustamante escapó del convento-hospital de San Juan de Dios de Santiago para refugiarse en el

---

<sup>138</sup> Diego Barros Arana, *Historia General de Chile*, tomo 7º, 2º edición, Santiago, Universitaria, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, 1999, p, 251.

<sup>139</sup> AHNCh., C.G, vol. 965, fojas, 28-34, 1792, “El Padre Prior del Hospital de San Juan de Dios sobre haber hecho fuga del Comvento fray Gregorio Bustamante por no rendir las Cuentas del tiempo que fue Procurador”, f.j., 29.

<sup>140</sup> *Ibidem*.

convento de la orden de los dominicos en la Iglesia de Santo Domingo. Ante esto, el prior Manuel Tello le escribió al presidente de la Real Audiencia para que tomara cartas en el asunto:

“Por lo que me es indispensable en la presente interpelar la justificada autoridad Superior de V.S. a fin de que premeditando el caso según toda la extensión de su gravedad, y las resultas que del pueden sobrevenir, se sirva con su acostumbrada prudencia librar las providencias que estimase oportunas, previniéndome al mismo tiempo lo que haya de ejecutar en el particular”<sup>141</sup>.

El procurador Gregorio Bustamante entregó su testimonio a través del fiscal Joaquín Pérez Uriondo, donde informó que el fray Manuel Tello había actuado contra él guiado por el “Espíritu de Venganza”. Según el fray Bustamante, el prior le ordenó entregar los réditos del ramo de censos a través de un método nuevo “y no como se tiene de inmemorial costumbre”<sup>142</sup>, lo que provocó confusión en el procurador. Para solucionar aquello, pidió que se nombrase un individuo imparcial que tomara razón de las cuentas y de los cobros del censo, ante lo cual el prior se negó a incluir un tercero. Según el procurador, el conflicto estalló luego de que expuso por escrito sus argumentos para explicar su desobediencia. Allí arguyó que el prior no podía actuar como juez ante este conflicto debido a que él también estaba involucrado:

“La Providencia que mereció este escrito fue arrojármelo, y con los dos mencionados religiosos llevarme violentamente a la Celda de la Penitencia donde me puso de los dos pies en el cepo, y no satisfecha su ira hizo buscar guillos con que abundar mi captura, extendiéndose su arrojo hasta el extremo de hacerme entregase casi por fuerza la llave de mi escribanía de donde me extrajo todos los papeles y apuntes que mantenía para mi gobierno y defensa”<sup>143</sup>.

Gregorio Bustamante terminó su testimonio acusando al prior de ser un mal administrador que ocupaba las rentas del hospital “en objeto mui distante [a su] destino”<sup>144</sup>. Este caso se solucionó en los tribunales de la Real Audiencia, desde donde su presidente, el

---

<sup>141</sup> AHNCh., C.G, vol. 965, fojas, 28-34, 1792, “El Padre Prior del Hospital de San Juan de Dios sobre haber hecho fuga del Convento fray Gregorio Bustamante por no rendir las Cuentas del tiempo que fue Procurador”, f.j., 30.

<sup>142</sup> AHNCh., C.G, vol. 965, fojas, 28-34, 1792, “Informe del Fiscal de S.M. Dr. Don Joaquin Peres de Uriondo en base al testimonio del fray Gregorio Bustamante”, f.j., 31v.

<sup>143</sup> *Ibid.*, f.j., 32.

<sup>144</sup> *Ibid.*, f.j., 32v.

gobernador Ambrosio O'Higgins, dictaminó, el 9 de junio de 1792, que el fray Gregorio Bustamante fuera reintegrado al hospital:

“Escríbase al R. P. Provincial de Santo Domingo que a la mayor brevedad disponga que el Religioso Fray Gregorio Bustamante sea trasladado sin vigilancia a disposición de su prelado el Prior de San Juan de Dios, para que le rinda las cuentas de la Procuraduría del Hospital que ha tenido a su cargo; en la inteligencia que así sobre este particular como sobre todo lo demás respectivo a su conducta interior, se prevendrá a este en el presente día se trate con Justicia, equidad e indulgencia”<sup>145</sup>.

Si bien el conflicto entre el prior Manuel Tello y el procurador Gregorio Bustamante, llegó a buenos términos con la reintegración de Bustamante siendo perdonado por sus faltas y aclarándose las cuentas entre los frailes, el incidente demuestra que el gobierno económico del hospital era desordenado puesto que no existía un método oficial con el que se pudieran recolectar los cobros de censos y registrar las entradas del recinto. Las conclusiones a las que había llegado el ministro contador José Santiago Portales en 1791, luego de haber calculado una deuda mayor a seis mil pesos y de haber declarado a los libros de cuentas como una “miscelánea de confusión”, se condicen con el pleito surgido entre los religiosos por determinar quién tenía la facultad para llevar el manejo exacto de las rentas. Detrás de esta disputa subyacía un problema mayor relacionado con fijar quién gobernaría el hospital, ya sea en el ámbito de la economía interna, como en el de la asistencia física y espiritual de los enfermos.

## **ii. La falta de método, arreglo, orden y proporción en la asistencia dentro del hospital**

En la visita desarrollada en 1791, el protomédico José Antonio Ríos elaboró un informe sobre la asistencia médica que se le otorgaba a los enfermos en el hospital San Juan de Dios de Santiago. Allí, concluyó que la principal causa del lamentable estado del recinto era “la falta de método, arreglo, orden y proporción, que se debe observar en la asistencia de los enfermos, por que ciertamente falta allí, este método, que es como al Alma de las cosas que miran al alivio de los miserables enfermos”<sup>146</sup>. La inexistencia de un procedimiento

---

<sup>145</sup> AHNCh., C.G, vol. 965, fojas, 28-34, 1792, “Resolución del presidente de la Real Audiencia”, fj., 34.

<sup>146</sup> O'Higgins, *Op.Cit.*, “Informe del Doctor don Josef Antonio Ríos Protomédico de este Reino en cumplimiento de lo mandado por V.S en el Auto librado en la visita del Hospital de San Juan de Dios de esta Ciudad”, 8-13, fj., 8.

metódico de asistencia se podía observar en la administración de los alimentos a los enfermos. Éstos eran de dos clases: los caldos o líquidos y los sólidos o “de masticación”. Según el padre prior, los enfermos siempre se quejaban de que la comida que se les daba era poca, por ende, se había dispuesto la entrega de platos más contundentes que contuvieran arroz, garbanzos, pollo y el hervido de carne de carnero. Sin embargo, ante el aumento de alimentos sólidos, se empezaron a preparar menos caldos, lo cuales, además, eran entregados a destiempo. A todo esto, se agregaba la preparación de un plato que llamaban mazamorra, “que no es otra cosa que harina de trigo con dulce y el agua correspondiente” y que provocaba en los enfermos “en sus estómagos débiles, más fermentaciones extraordinarias, y por consiguiente inflamaciones e indigestiones de mala índole”<sup>147</sup>.

Para el protomédico la solución al desorden debía basarse en una correcta administración de raciones de alimentos considerando el estado de cada enfermo. En este sentido, retomaba lo planteado por el doctor Domingo Nevín en 1767, quien había propuesto un nuevo régimen alimentario, lo cual había provocado un altercado con los religiosos, quienes se negaron a darle el desayuno más temprano a los enfermos. Por su parte, José Antonio Ríos aconsejaba seguir el método que se utilizaba en el hospital San Francisco de Borja donde:

“Uno de los enfermeros lleva una cestilla dividida en cuatro cajas que contienen cuatro letras diferentes, las cuales deben significar la cantidad y calidad de los alimentos necesarios a cada enfermo, impresas cada una en un pedacillo de pergamino, pegado en una pequeña tablilla, y con un agujero en lo alto para prenderlas a los clavos, o corchetes que habrá en los pilares de la cabecera de cada cama, y el mismo que va con las letras, las distribuye y mide según manda el Médico en cada visita”<sup>148</sup>.

Este procedimiento contemplaba una mejor administración de los caldos que se consideraban más como remedios que como comidas. Del mismo modo, consideraba reducir las porciones de carnes y pollos debido a las “fermentaciones” que provocaba su consumo. Sin embargo, nada de esto funcionaría si no se paraba el abuso de algunos enfermos que salían a la calle con la excusa de pedir limosnas que no entregaban a los

---

<sup>147</sup> *Ibid.*, f. j., 8v.

<sup>148</sup> *Ibid.*, f. j., 10.

religiosos, sino que ocupaban para comprar aguardiente, vino y chicha. Asimismo ocurría que muchos de las personas que visitaban a sus enfermos les llevaban alimentos escondidos. Para evitar aquello y permitir el correcto suministro de comidas, el protomédico propuso:

“Se debe mandar que el Padre Enfermero u otro que señalare el Reverendo Padre Prior, cele este punto registrando a los que entran y quitándoles todo lo que llevarsen de alimentos y que estén los enfermeros a la mira, para que estos indiscretos, no formen conversaciones largas con los pobres enfermos cuyas cabezas no están para eso, y esto es lo que se puede decir sucintamente en orden de los alimentos”<sup>149</sup>.

Si bien por un lado, el protomédico identifica una falta de organización para administrarles los alimentos a los enfermos, por otro, nos está describiendo al hospital como un espacio donde no hay vigilancia ni supervisión sobre la correcta atención de los que llegaban en busca de ayuda. Aquello se observaba en las visitas diarias realizadas por el médico y el cirujano que solían comenzar tarde y muchas veces no se cumplía con lo que dictaban como tratamiento. A esto se agregaba el problema de la botica, la cual era dirigida por un religioso que no tenía conocimientos farmacéuticos y al cual ya se le había pedido comparecer ante el tribunal del Protomedicato. Sin embargo, se había excusado:

“Exponiendo que no ha ejercido el empleo de Boticario con la noción correspondiente del arte, si solo con una empírica instrucción adquirida en la dilatada serie de años que lo ejerce, alegando, [además] de lo referido, hallarse falto de salud para continuar en dicho ejercicio [...] toda la ocupación de este Religioso, es curar enfermos en la calle, con absoluta ignorancia de la Medicina, sobre que no han sido bastantes los repetidos oficios, que el Protomédico ha pasado al referido Padre Prior, y los correspondientes exhortos de este Prelado, perjudicando de todos modos, al Hospital con la ignorancia de la Pharmacia, y poca asistencia en su oficina, y al Publico con la absoluta impericia con que ejerce la Medicina”<sup>150</sup>.

Por un lado, la mala administración de la asistencia pasaba por una falta de medicinas debido al déficit presupuestario del hospital, pero, por otro, la ineptitud del boticario había llevado a que las bebidas no se administraran siguiendo las recetas del médico. Por mucho que el hospital gastara en nuevas medicinas para la botica, de nada serviría si el facultativo

---

<sup>149</sup> *Ibid.*, f.j., 11v.

<sup>150</sup> *Ibid.*, f.j., 9.

ignoraba la correcta preparación de ellas. Es por ello que el protomédico recomendaba cambiar al boticario por uno aprobado por el Protomedicato de Lima o por cualquier otro que contara con certificación.

El último problema identificado por el protomédico era el de la ropería, la cual se caracterizaba por la suciedad de las ropas y el poco número de colchones para las camas. Los enfermos que llegaban solían colocarse en las mismas camas de los que habían muerto o salido del hospital sin haberlas mudado de ropa oportunamente, y aquello era más común en época de epidemia cuando aumentaba el número de enfermos en el recinto. Todo ello, conllevaba a que el aire de las salas fuera insalubre provocando el contagio de enfermedades más graves como la fiebre maligna. Para remediar esta situación, el protomédico recomendaba:

“Es tan necesaria la limpieza, y aseo tanto de ropas, como de salas, y vasos en que ministran a los enfermos el agua común, caldos y bebidas, que con su observancia se alientan los enfermos, respirando Aire más puro, y de lo contrario se aumentan las enfermedades [...] por lo que debe prohibirse absolutamente que ningún enfermo se reciba en cama, en que otro ha muerto, o acaba de levantarse de una enfermedad porque más caridad es poner los enfermos en unos pellejos, que en colchones y sabanas inmundas. [...] Debe asimismo el enfermero cuidar de la ventilación de las salas, abriendo de cuando en cuando sus ventanas, para la renovación del Aire, y sahumando con algún aromático dichas habitaciones”<sup>151</sup>.

De este modo, las recomendaciones del protomédico José Antonio Ríos apuntaban a realizar una mayor limpieza de los utensilios y ropas que ocuparían los enfermos y a ventilar las salas para la renovación del aire. En definitiva, lo que proponía era aumentar la observancia sobre los métodos de asistencia, ya sea creando registros que permitieran guiar la medicación y el suministro de alimentos, o a través de una mejor gestión del aseo para evitar propagar las enfermedades graves entre los que estaban sanando. Para él, el mal funcionamiento del hospital se debía a la falta de orden y de gente competente que pudiera realizar las tareas de asistencias y no solo a una cuestión económica. Así lo demuestran sus alegatos contra el religioso boticario, con el cual el hospital perdía más que lo que ganaba comprando medicinas. De este modo, el tema de la botica se volvió a posicionar como una zona de debate, ya que al igual que en las resoluciones tomadas en 1749 por el gobernador

---

<sup>151</sup> *Ibid.*, f.j., 12v.



Domingo Ortiz de Rozas, luego de haberse efectuado la visita de 1748, se le pedía al boticario comparecer ante el Protomedicato de Santiago para ser examinado y determinar sus competencias en el ejercicio de la farmacopea.

### iii. “Para renovar y purificar el aire”: el estado del edificio hospitalario

El 10 de septiembre de 1791, el arquitecto Joaquín Toesca entregó su informe a Ambrosio O’Higgins donde hacía una relación del estado y la distribución de las salas del hospital<sup>152</sup>. El mal manejo de la asistencia dentro del recinto se debía a que el edificio estaba en malas condiciones, ya que contaba con muchas goteras que provocaban humedad, lo cual “perjudica el aseo, inclina a la putrefacción, alarga la convalecencia, ocasiona recaídas y enfermedades nuevas”<sup>153</sup>. En general, las salas de enfermería no contaban con una buena circulación del aire, por ende, se había conformado un espacio corrompido por las exhalaciones de los enfermos y la nula ventilación. Aquello se debía:

“[A] la falta considerable en la altura de los techos como por la malísima distribución de ventanas para la comunicación de los aires, que lejos de servir precaver el contagio por la ventilación llegan a ser dichas salas guaridas de enfermedades contagiosas, y cada persona, que en ellas entre, por el poco aseo se expone a que se les pegue y pegar a otras el contagio”<sup>154</sup>.

La solución que planteaba Toesca para remediar las condiciones de las “salas guaridas de enfermedades contagiosas” era construir ventanas altas, pero que no tocaran el piso para evitar que el aire frío les llegara a los enfermos o que la luz del sol les molestase. Para Toesca, una adecuada distribución de los elementos (como ventanas, techos, paredes, etc.) dentro del hospital era lo que permitiría que la asistencia a los enfermos fuera más eficiente y cuidadosa. En cierto sentido, el arquitecto, al igual que el protomédico José Antonio Ríos, observaba que en el recinto no se trabajaba con un orden concreto, lo cual se reflejaba en un espacio mal emplazado y pésimamente distribuido en su interior.

---

<sup>152</sup> Véase el plano que elaboró y adjuntó el arquitecto Joaquín Toesca del hospital San Juan de Dios de Santiago (ANEXO 1: Plano del convento y hospital San Juan de Dios de Santiago construido en 1799 por el arquitecto Joaquín Toesca).

<sup>153</sup> *Ibid.*, “Informe del Arquitecto don Joaquín Toesca en cumplimiento del superior decreto de V.S”, 20-23, fj., 21v.

<sup>154</sup> *Ibidem*.

La resolución final de Toesca fue reconstruir el hospital San Juan de Dios de Santiago en un “sitio seco y eminente”<sup>155</sup>, es decir, elevado para permitir la circulación del aire y así evitar el exceso de humedad. El costo del proyecto rondaría los siete u ocho mil pesos, un gran gasto considerando que el recinto contaba con deudas. Ante esta propuesta, las autoridades locales, como el Cabildo y el obispo, estuvieron de acuerdo con intervenir en la institución para remediar su estado ruinoso al proveerlo de una infraestructura que le permitiera funcionar acorde a la ciudad:

“El Cabildo cree que esta es la época dichosa que va a proporcionar la gloria que faltaba a su Gobierno: contribuirán sus individuos en cuanto puedan a que no se malogre, y van a exponer el caritativo plan que para ello forman = Respecto de que la primera causa de la ruina del Hospital consiste en hallarse agobiado de gastos, deudas, y consiguientemente exhausto de dinero, y provisiones, e imposibilitado de reparar su edificio, botica, ropería y que no se espera arbitrio con que ocurrir de golpe a tanto gasto [...] precisamente cree necesario que se cierre del todo, y pongan sus rentas en Deposito, procurando adelantarlos de todos los modos posibles por el tiempo que dure la concesión de la Bula, del que se crea conveniente hasta formar un fondo capaz de hacer un Hospital proporcionado a la Población”<sup>156</sup>.

El problema más acuciante en torno al proyecto de reconstrucción del hospital era el de su financiamiento. El Cabildo reconocía que la primera causa de la ruina del lugar eran las deudas que lo habían llevado a estar “exhausto de dinero” y, por ende, los gastos para un nuevo edificio solo se lograrían cerrando el recinto para que los dineros pudieran ser puestos en un depósito que se aumentaría a largo plazo hasta conseguir el monto adecuado para un nuevo hospital.

El padre prior Manuel Tello, al igual que el obispo de Santiago, creían que no se podía separar a los religiosos de la orden de San Juan de Dios de sus funciones hospitalarias y que, por ende, era necesario abrir un hospital provisional o hacer una reconstrucción parcial por salas. En este sentido, el prior propuso que se le deberían devolver los tres mil pesos de la recopilación del noveno y medio de diezmos que les habían quitado luego de inaugurado el hospital San Francisco de Borja:

---

<sup>155</sup> *Ibidem*.

<sup>156</sup> *Ibid.*, “Informe del Cabildo al presidente de la Real Audiencia sobre la reconstrucción del hospital San Juan de Dios de Santiago”, 24-27, f.j., 25-25v.

“Por tanto el Prior suplica a V.S que al tiempo de dar cuenta al Rey N.S con este Expediente, se sirva V.S informarle con Audiencia del Señor Fiscal, y del mismo Prior, teniendo presente los Autos obrados en el año pasado de mil setecientos ochenta y siete por la Junta Superior de Aplicación de Temporalidades de ex Jesuitas de este Reino a consecuencia del Real orden de S.M de 28 de Junio de 1786 dirigida a la misma Junta, para que con conocimiento de todo, y demás documentos que protesta producir el Prior se le reintegre al Hospital de su cargo la cantidad de tres mil pesos, que desde el año 1787 se le quitan del Noveno y medio de Diezmos que S.M le tiene asignados para darle al de San Borja”<sup>157</sup>.

Según Manuel Tello, la decisión de quitarles los tres mil pesos tenía la finalidad de aliviar a los enfermos del hospital con la salida de las mujeres. No obstante, para él la ruina del recinto se debía a las pocas entradas que estaban recibiendo y por ello consideraba que una adecuada reconstrucción no se podría realizar “sin este resarcimiento, aunque se haga de nuevo, de ninguna suerte puede mantenerse la dotación de sus camas”<sup>158</sup>.

De este modo, la reconstrucción del hospital se comenzó a complicar debido a que no existían fondos concretos para el nuevo edificio. Considerando el informe del arquitecto Joaquín Toesca, el regidor del Cabildo de Santiago Manuel de Salas, elaboró un plan de reconstrucción, el cual presentó ante la Real Audiencia el 3 de febrero de 1794. Allí, avaluó la reconstrucción del edificio en doce mil pesos, a los cuales se agregarían los costos de surtir la ropería, la botica y otros muebles llegando a necesitarse un fondo de veinte mil pesos que se conseguirían del noveno y medio de diezmos, “con el producto de la hacienda de Paine [...] y algunas limosnas que no dudo se junten se concluirá en tres años, o antes según estas últimas”<sup>159</sup>. Conseguido ese dinero, se pasaría a pagar las deudas del hospital con el producto del cobro de censos que se recaudarían por un sujeto nombrado por el gobernador, quien, en consonancia con el padre prior, examinarían “el estado de los capitales, con facultad bastante para ejecutar, transigir y redimir hasta ponerlos en el mejor orden posible”<sup>160</sup>. Este era el principal objetivo de Salas, a saber otorgarle un orden a las rentas del hospital para que la fábrica de uno nuevo fuera exitosa y, para ello, necesitaría

---

<sup>157</sup> *Ibid.*, “El Padre Prior del Convento Hospital Real de Nuestro Padre San Juan de Dios de esta ciudad sobre la representación hecha por el Ilustre Cabildo”, 28-31, fj., 29v-30.

<sup>158</sup> *Ibid.*, fj., 30.

<sup>159</sup> *Ibid.*, “Informe del regidor del Cabildo Manuel de Salas sobre la reconstrucción del hospital San Juan de Dios de Santiago”, 34-39, fj., 35-35v

<sup>160</sup> *Ibid.*, fj., 37.

que los dineros se administraran correctamente por sujetos idóneos y escogidos por las autoridades locales.

El plan elaborado por el regidor del Cabildo era uno que reconocía la importancia de este recinto para la ciudad y, por ende, reflejaba los intereses de las autoridades locales sobre una institución que estaba funcionando mal, pero que era posible remediar con una buena disposición de los dineros. Salas reconoce la existencia de gente que creía más ventajoso tratar a los enfermos en sus casas, pero para él este método no era efectivo en una ciudad donde:

“Casi todos lo que ocurren al hospital son hombres que no tienen cama, casa, familia, ni domicilio, viven errantes, solteros, y en aquella miseria a que los reduce la clase de trabajo en que se ocupan jornaleros o de agricultura que los entretiene una corta parte del año, o de minas que cuanto no son de temporales lo son de contingente precario y destructor: a estas gentes nada servirá un socorro pecuniario no teniendo donde recibirlo, y no siendo bastante por otra parte para cubrir todas sus necesidades”<sup>161</sup>.

Considerando que el hospital era un espacio de acogida para todos estos hombres que no tienen casa, que viven errantes y que solo pueden ocuparse en trabajos temporales, la reconstrucción del hospital se comenzó a perfilar como una necesidad, no tan solo por el recinto mismo que estaba en malas condiciones, sino porque la ciudad necesitaba que sus instituciones, en especial las de acogida, funcionasen apropiadamente subsanando problemas de carácter público, ya que el espacio familiar no era suficiente para tratar una enfermedad.

La construcción de un nuevo edificio se atrasó debido a la llegada del religioso de la orden de San Juan de Dios fray José Asenci desde Lima en 1795. Venía con el propósito de efectuar una visita por los hospitales de Santiago, Coquimbo, Concepción y San Juan de la Frontera que estaban bajo la administración de la orden hospitalaria. El gobernador de Chile creyó oportuno conocer su opinión sobre el hospital y el proyecto sobre su reconstrucción. Ante ello, el fray Asenci consideró que el hospital estaba mal administrado, “sin método, ni con la más puntual claridad que previenen nuestras sagradas

---

<sup>161</sup> *Ibíd.*, f.j., 38v.

constituciones”<sup>162</sup>, pero concluyó, “contra el sentir del Gobernador, del Cabildo, de la Real Audiencia [...] que la idea de reconstruir el Hospital debía abandonarse para dar paso a su reparación”<sup>163</sup>. Con ello, los trámites por conseguir financiamiento para un nuevo hospital se pospusieron hasta 1797 cuando, bajo el auspicio del gobernador de Chile Gabriel de Avilés y del Fierro, se demolió el recinto abriéndose una sala de enfermería provisional en el hospital San Francisco de Borja y, luego, en 1799, otra en el hospicio de Santiago. El nuevo hospital fue terminado en 1800 y los enfermos trasladados en 1801.

De este modo, el proyecto de reconstrucción que se armó por el regidor del Cabildo debe ser visto como un plan que se elaboró desde las autoridades locales para darle una solución concreta a los problemas estructurales del hospital. Si bien no se logró llevar a cabo hasta 1797, las propuestas que hemos revisado permiten concebir que la institución del hospital era un recinto público cuyos desperfectos debían ser solucionados, no tan solo por los religiosos de la orden hospitalaria que trabajaban asistiendo a los enfermos, sino que por un grupo coordinado de funcionarios que se encargarían de elaborar el proyecto, conseguir los fondos y disponer una buena distribución de las rentas.

### **c) Conclusión**

A través del análisis que hemos hecho del funcionamiento del hospital San Juan de Dios de Santiago a partir de las visitas programadas por el presidente de la Real Audiencia, de los periodos de crisis desatados por epidemias y de la identificación de problemas y propuestas en torno a la administración de las cuentas, la aplicación de la asistencia y el estado del edificio, podemos concluir que este hospital colonial era una institución pública que se mostraba como un espacio de intervenciones y, por ende, de conflictos. El modelo de gobierno que regía al recinto era uno mixto porque incluía tanto a autoridades civiles como religiosas, lo que provocó que se posicionara como uno basado en acuerdos y mediaciones, donde todos debían vigilarse entre sí para lograr el equilibrio.

Según James Lockhart, la corona española instauró un sistema de gobierno en Hispanoamérica conformado por diversos cuerpos independientes unos de otros que competían entre sí por ámbitos de acción no estrictamente compartimentados. “En este

---

<sup>162</sup> Ibid. “Auto de la visita y capítulos de reforma del Convento Hospital de la ciudad de Santiago de Chile. Año de 1795”, 48-56, f.j., 49.

<sup>163</sup> Laval, “*Historia del hospital San Juan...*”, *Op.Cit.*, p, 80.

mundo de jurisdicciones borrosas, la corona se afirmaba actuando como árbitro entre cuerpos jurisdiccionales en competencia, a cada uno de los cuales se le instaba a vigilar e informar a los demás”<sup>164</sup>. Nosotros proponemos que este aspecto general se habría repetido en una escala menor dentro del hospital donde encontramos involucrados a múltiples sujetos de la esfera eclesiástica, civil y local, la cual incluía no solo al Cabildo de la ciudad, sino que también a los mismos vecinos como pudimos observar con el caso de la creación de juntas particulares ante la epidemia de viruelas de 1788. Estos sujetos o instituciones se supervigilaban unos a otros para mantener el buen funcionamiento del hospital, lo cual conllevó el surgimiento de conflictos dentro del recinto (como el pleito entre el doctor Nevín y los religiosos o entre el prior Manuel Tello y el procurador Gregorio Bustamante) y fuera de él (por ejemplo, la urgencia que generaba el desencadenamiento de una enfermedad masiva).

Es por ello, que debemos considerar al hospital como un espacio de intervenciones que se conforma como una necesidad para la ciudad, la cual compete a todos los cuerpos sociales que conviven en ella y que explicaría la participación de las autoridades locales proponiendo proyectos de reestructuración del edificio como el del regidor del Cabildo Manuel de Salas en 1794. El hospital no solo era un espacio público porque estaba bajo patronato real, sino porque sus funciones debían apuntar a subsanar los problemas de todo el conjunto de la sociedad. Específicamente, al hospital se le encargaba acoger correctamente a los pobres enfermos para que éstos no muriesen en sus casas sin haber recibido una asistencia espiritual y física adecuada. Ante una epidemia este objetivo se volvía aún más primordial, ya que el hospital no solo actuaba como un lugar de acogida, sino que también adquiriría una connotación preventiva, es decir, de atender para detener la propagación de la enfermedad.

No obstante, a pesar de las soluciones entregadas por las autoridades locales, el hospital no estaba dotado de mecanismos eficientes para realizar una correcta acogida al pobre enfermo. Como mencionaba el protomédico José Antonio Ríos, y luego el arquitecto Joaquín Toesca, el recinto se manejaba sin método alguno, es decir, no existía un orden concreto en la asistencia de las enfermerías, en la medicación y alimentación de los enfermos, ni en la disposición de los espacios y la limpieza dentro del hospital. Además, a

---

<sup>164</sup> Lockhart, *Op.Cit.*, p. 18.

aquello se agregaba el desorden de los libros de cuentas que reflejaban un mal manejo de las rentas, lo cual habían llevado a generar una deuda superior a los seis mil pesos, presentando como el gran problema del recinto la cuestión de cómo financiarlo. Por estas razones, el hospital fallaba apenas comenzaba una epidemia, ya que no contaba con los medios y elementos suficientes para sobreponerse a un aumento de enfermos. De este modo, todas las autoridades concordaban en que al hospital le faltaba un gobierno ordenado y metódico, además de una observancia rigurosa sobre temas de asistencia física. Para ellos, el hospital era un lugar de conflictos y de mediación porque si sus problemas afectaban a todos en la ciudad, entre todas las instituciones locales se habría de buscar una solución. Así, el gobierno del recinto no era uno caracterizado solamente por su carácter caritativo ligado a lo religioso, sino que se posicionaba como un local, público y de intervención.

## CAPÍTULO TERCERO

### **Para un buen gobierno, una exacta observancia: reglamentos en el hospital San Juan de Dios de Santiago (1802 y 1821)**

Al escribir el orden interno que se piensa para el hospital se está patentando un consenso en torno cómo se quiere gobernar este recinto, es decir, de qué modos debería funcionar para cumplir con una acogida a los pobres enfermos que pueda ser funcional a las necesidades sociales y políticas de la ciudad. En el capítulo anterior, concluíamos que el hospital San Juan de Dios de Santiago era un espacio de intervenciones mixto y público, por ende, el buen funcionamiento del recinto era un asunto en el que se involucraban múltiples sujetos y no tan solo la orden hospitalaria de San Juan de Dios. Los problemas identificados y las soluciones planteadas por estos sujetos debían concretarse mediante un orden escrito que estableciera lo formal, es decir, lo que se debía hacer, puesto que la escritura permitía fijar y, por ende, le daba legalidad al gobierno que se pensaba para el recinto entendido como un consenso entre muchas partes.

Es por ello, que en este capítulo pasaremos a analizar la solución formal que se le otorgó al hospital San Juan de Dios de Santiago en 1802 cuando el ministro protector del lugar José Santiago Concha Ximenes Lobarón escribió un reglamento que buscaba sistematizar las soluciones a problemas y necesidades dentro del recinto que se habían planteado en las visitas pasadas al hospital. Junto a este documento, consideraremos también el reglamento elaborado en 1821 del Senado Conservador bajo la presidencia de José María de Rozas. En aquel periodo seguía estando la orden hospitalaria encargada de la administración del hospital, pero ya no respondía ante la vigilancia de la Real Audiencia como vicario del rey, sino que ante el Director Supremo de Gobierno y el Senado. A pesar de que ambos reglamentos están fechados a fines del periodo colonial, más que una desventaja, se vuelve más necesario realizar un análisis de ellos como respuestas y consensos de todo un siglo en el que el hospital se tachó de deficiente.

De este modo, en el presente capítulo proponemos identificar qué tipo de orden se pensaba para el hospital a fines del siglo XVIII, considerado tres claves de análisis: a quiénes se les entregaba un poder de mando para el gobierno interno del hospital, cuáles eran las atribuciones y limitaciones que se distribuían entre los que trabajaban allí; y, qué



mecanismos se establecieron para realizar la acogida, la asistencia y la administración para permitir el buen funcionamiento del lugar.

#### **a) Los mandatos dentro del hospital**

Cuando en 1617, la orden hospitalaria de San Juan de Dios se instauró en el hospital de Nuestra Señora del Socorro, se conformó una trama basada en determinar quién gobernaría el hospital, es decir, quién se encargaría de su administración económica y de la asistencia de los enfermos. Con las primeras capitulaciones, establecidas por el gobernador de Chile Alonso de Ribera, se patentó una relación entre la Real Audiencia como máxima autoridad y el gobierno del recinto, en detrimento de otras instituciones como el Cabildo o la figura del obispo, que habían adquirido preponderancia durante los primeros años del hospital. Si realizamos un salto temporal a 1802 y analizamos la creación del reglamento de José Santiago Concha Ximenes Lobarón, podremos identificar que la Real Audiencia sigue cumpliendo un rol preponderante dentro del recinto, ya que su presidente se guardaba la facultad de nombrar a un ministro protector de hospitales, el cual era también oidor y alcalde de corte y, por ende, actuaba como un representante directo de esta institución colonial<sup>165</sup>.

De este modo, el reglamento de José Santiago Concha fue escrito por un funcionario representante de una autoridad local que, al igual que las capitulaciones de 1617, buscaba subsanar el estado deplorable en que se encontraba el hospital. En este sentido, el reglamento de 1802 fue un intento de sistematizar respuestas a las necesidades del hospital considerando los informes de visitas realizados durante el siglo XVIII donde se describían los principales problemas del recinto y posibles soluciones. Así, lo menciona José Santiago Concha en la introducción:

“Esto es justamente lo que nos hemos propuesto para hacer el presente reglamento después de una seria meditación de los principios que en nuestro concepto han influido en la insuficiencia de las precitadas Providencias para la consecución de los saludables fines de su pronunciamiento, alumbrado de las luces que hemos adquirido en la materia mediante las tres consecutivas visitas que por comisión de los Sres. Vice-Patronos llevamos actuadas del recordado Real Hospital y apoyado

---

<sup>165</sup> Para una mejor comprensión del siguiente capítulo véase el anexo 2: Organigrama de la administración del hospital San Juan de Dios de Santiago según el reglamento del ministro protector José Santiago Concha Ximenes Lobarón de 1802.

de los más sólidos fundamentos legales que debíamos tener presente en el asunto”

<sup>166</sup>.

La consideración de las providencias pasadas, es decir, de los informes redactados luego de las visitas mandadas por el presidente de la Real Audiencia, son un argumento que permite justificar la idoneidad del reglamento apoyado en los “más sólidos fundamentos legales” que buscan, en primer lugar, volver a estas normas un medio eficaz para la buena administración del hospital, pero también funcionar eficientemente mediante su continua observancia. Este último aspecto sería una atribución exclusiva del ministro protector:

“Habiéndose nombrado un Señor Ministro de esta Real Audiencia de Protector del Real Hospital así para que celando la observancia de este Reglamento promueva cuanto respecte al beneficio de los pobres enfermos como igualmente á la buena pasada y puntual asistencia de los Religiosos deberán estos guardarle todos los respetos y consideración correspondiente a su carácter”<sup>167</sup>.

A diferencia de lo que observábamos en las capitulaciones de 1617 donde el hermano mayor de la orden hospitalaria (o, posteriormente, padre prior del hospital) adquiriría un poder de mando dentro del recinto, en este reglamento él y el resto de los religiosos deben supeditarse a lo dispuesto por el ministro protector, el cual, si bien hacia 1617 solo era nombrado como una persona representante de la Real Audiencia, ahora pasaba ser el único sujeto competente para construir un reglamento y velar por su observancia, es decir, por su cumplimiento. Ante esta nueva situación, el padre prior del hospital desde 1799, fray Antonio Castro, se negó a reconocer el reglamento:

“Art. 15°. Se ha hecho bastante reparable la conducta del actual Padre Prior, pues debiendo congratularse a imitación de alguno de sus antecesores y reconocer las felicidades que anuncia el mencionado reglamento en todo conformes al espíritu de las Leyes, al amor fiel ejecución de los que ordena el Instituto, y a las intenciones de cuantos concurren al fomento, y progresos de la Casa con sus limosnas, y asignaciones, tan lejos de manifestar absoluta deferencia y conformidad en este negocio puramente gubernativo económico resiste con el mayor ahínco su aprobación por medio de una crítica descomedida e indecorosa al recordado Señor Protector cuya eficacia, notorio celo, y dedicación en la materia empeñan sobre manera el reconocimiento de este Superior Gobierno no puede menos de nombrarse

---

<sup>166</sup> Concha Ximenes, *Op.Cit.*, “Introducción”, sin foliar.

<sup>167</sup> *Ibid.*, “Capítulo 5°. Comprobación de los gastos”, sin foliar.

agradecido por sus particulares y señaladas servicios satisfecho así mismo de que proseguirá en ellos con el propio esmero y vigilancia”<sup>168</sup>.

Este desconocimiento al reglamento de José Santiago Concha por el padre prior del hospital refleja un nuevo escenario donde las atribuciones de los religiosos estaban siendo limitadas por la presencia del ministro protector, quien pasaba a vigilar que lo dispuesto en el reglamento fuera cumplido, ya sea cuando se tratase de la asistencia a los enfermos como cuando se hablara de la administración de las rentas y la comprobación de los gastos. No podemos suponer que antes no hubieran existido disposiciones que exigían a los religiosos responder ante este comisionado de la Real Audiencia, sin embargo, con el establecimiento de un “formal arreglo” aquello pasó a establecerse como ley. De este modo, resurgió una tensión entre el orden que se instaló, mediante la escritura, desde un gobierno civil, el cual chocó con la administración religiosa del hospital en un conflicto por determinar quién tendría un poder de mando dentro del recinto.

El poder de mando que adquirió el ministro protector, ya se había formalizado en otros reglamentos de hospitales como en el del hospital San Francisco de Borja de 1787. Allí, se había establecido que “el principal jefe de dicha Casa sea un Señor Ministro de esta Real Audiencia con el título de protector cuyo nombramiento pertenecerá al muy Ilustre Señor Presidente del Reino”<sup>169</sup>. En otras palabras, se había concretado la relación entre el hospital con lo civil nombrando como principal jefe al ministro de la Real Audiencia, en vez de algún prelado de una orden hospitalaria. De este modo, a fines del siglo XVIII, los hospitales comienzan a precisar sus gobiernos internos mediante reglamentos que van dejando a los religiosos fuera de las jefaturas, imponiéndoles controles y supeditándolos a la vigilancia y el orden de una autoridad local.

Años después, en 1821 se construyó un nuevo reglamento bajo un escenario donde la Real Audiencia había sido disuelta luego de declarada la independencia de Chile de la corona española. El hospital San Juan de Dios de Santiago y, a modo general, todos los espacios de acogida pasaron a depender del director supremo de Chile secundado por el Senado, el cual adquirió atribuciones legislativas que contemplaban la creación y enmienda

---

<sup>168</sup> *Ibid.*, “Nota de don Luis Muñoz de Guzmán ante el Tribunal Mayor de Cuentas y la Tesorería General de Real Hacienda”, sin foliar.

<sup>169</sup> *Reglamento del Hospital San Francisco de Borja [manuscrito]*, Santiago, [1785], Museo Nacional de Medicina, Fondo Hospital Francisco de Borja (en adelante: MNM, FHSFB), “Capítulo primero del Señor Ministro Protector”, 1, f.º, 1.

de reglamentos de las instituciones del país. En la Constitución de 1818, en el Capítulo III sobre las atribuciones del Senado dice:

“Art. 6°. Toda nueva ley o reglamento provisional que haga el Senado; toda abolición de las leyes incompatibles, con nuestra independencia: toda reforma o nuevo establecimiento en los diferentes cuerpos, institutos, departamentos y oficinas del Estado, como también las adiciones, y correcciones de los reglamentos que han regido y rigen, se consultarán, antes de publicarlos, con el Supremo Director, quien en el término de ocho días, a más tardar, deberá expresar su consentimiento o disenso para su publicación, exponiendo oficialmente al Senado las razones fundamentales de su oposición”<sup>170</sup>.

Con ello, el Senado se levantó como la máxima autoridad de la que dependía el “formal arreglo” del hospital siempre en acuerdo con el director supremo. Si bien el reglamento de 1821 no difiere tanto del de 1802, ya sea porque los capítulos se agrupan bajo los mismos temas de interés o porque la mayor parte de los artículos están redactados de la misma forma, ocurrió un cambio sustancial en torno a quién gobierna dentro del hospital. Si la figura del ministro protector había mermado el poder del prior de la orden de San Juan de Dios, el juez protector, como representante del supremo gobierno de Chile, pasó a ser la “omnímoda autoridad” dentro del hospital<sup>171</sup>:

“ARTÍCULO ÚNICO. Bajo los felices auspicios del Excmo. Supremo Gobierno de Chile, está la santa casa de los pobres de esta capital i sus subalternas del Estado; desde allí descende, por fortuna, la omnímoda autoridad, jurisdicción i plenitud de facultades que competen al juez protector en todo lo relativo a los dos únicos artículos que dan su base a la suerte del hospital, a saber: la buena administración de sus rentas i la más exacta curación de los pobres; será, pues, feliz, si es constante la dedicación del señor Protector”<sup>172</sup>.

---

<sup>170</sup> “Capítulo III: Atribuciones del Senado”, en: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, *Proyecto de Constitución provisoria para el Estado de Chile publicado en 10 de agosto de 1818, sancionado y jurado solemnemente el 23 de octubre del mismo*, Santiago, 1818. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1005251#hospital0> [Consulta: enero, 2016].

<sup>171</sup> Para una mejor comprensión del siguiente capítulo véase el anexo 3: Organigrama de la administración del hospital San Juan de Dios de Santiago según el reglamento del Senado Conservador de 1821.

<sup>172</sup> Senado Conservador, “Sesión 403, ordinaria, 19 de noviembre de 1821”, en: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, *Historia Política Legislativa del Congreso Nacional de Chile*, “Capítulo I. De las obligaciones del Protector” p, 390. Disponible en: [http://historiapolitica.bcn.cl/historia\\_legislativa/visorPdf?id=10221.3/31962#f=0,p=1,s=2,mes=11,agno=1821,totalres=0](http://historiapolitica.bcn.cl/historia_legislativa/visorPdf?id=10221.3/31962#f=0,p=1,s=2,mes=11,agno=1821,totalres=0) [Consulta: enero, 2016].

Con las atribuciones encomendadas al juez protector y el otorgamiento de un poder que lo abarca todo, los religiosos quedaron aún más subordinados a la dirigencia de un sujeto que se planteaba como experto en la administración, mientras que ellos quedaban con el papel de asistentes enfermeros. No obstante, a pesar de que el juez protector tendría la máxima jurisdicción para gobernar el hospital, tuvo que ajustar este gobierno a la intervención de otras dos entidades que también actuaron como medios fiscalizadores y administradores. A saber: la conformación de una diputación de veinticuatro sujetos y el establecimiento del ecónomo.

Las diputaciones dentro de los hospitales eran comisiones conformadas por un cierto número de sujetos residentes de la ciudad, a las cuales se les encargaba alguna función específica como vigilar la asistencia entregada a los enfermos o el aseo de las salas de enfermería. Anteriormente, habíamos revisado la creación de una hermandad de treinta individuos en 1767 por la Real Audiencia, a la cual se le encargó celar a los religiosos de la orden de San Juan de Dios en Santiago luego del incidente con el doctor Domingo Nevín. Si bien esta hermandad fue de corta duración (1771), existieron diputaciones en los hospitales de San Francisco de Borja, en el de Valdivia y el de Talca. En este último hospital, que estaba bajo el patronato real, pero que no era dirigido por una orden religiosa, se conformó un reglamento en 1803 donde se compuso una junta de cinco individuos (el corregidor, dos alcaldes ordinarios, el cura vicario de la parroquia de Talca y uno de los fundadores, Vicente de la Cruz) encargada de nombrar nueve diputados, a los cuales se les encomendó:

“Art. 34°. Los Diputados son una personas destinadas á celar sobre la observancia de los puntos prevenidos en esta constitución a cerca del orden y buen régimen del Hospital. Por lo cual cada Diputado en su semana tiene la incumbencia de visitar todos los días esta casa [...] El Diputado debe penetrar por las Enfermerías, por la Cocina, por las Piezas de convalecencia, por la Botica, por la Iglesia, y por todas partes, y en donde advirtiese falta, prevenirla al Mayordomo, para su corrección y reforma, y si los abusos fuesen de gravedad puede citar a Junta y exponerlos en ella, para que tome la Junta las medidas convenientes”<sup>173</sup>.

Los diputados del hospital de Talca quedarían bajo la supervisión del mayordomo del recinto, pero podrían votar en las reuniones de la junta, ya que se les consideraba personas

---

<sup>173</sup> AHNCh., C.G, vol. 964, 192-203, 1803, “Capítulo 8°. Cargo de los Diputados”, fj., 200v.

idóneas para conservar la salud pública de la ciudad, en la cual “todos los vecinos son obligados a hacer esfuerzos para mantenerla”<sup>174</sup>. Teniendo presente aquello, en el hospital San Juan de Dios de Santiago, se aprobó una diputación para el hospital el 2 de junio de 1803 en un auto firmado por el presidente de la Real Audiencia donde se estableció que veinticuatro sujetos conformarían una hermandad o diputación con el fin de concurrir todos los días uno de ellos al hospital para procurar la puntual asistencia a los enfermos. Al igual que con el reglamento de 1802, José Santiago Concha se encargó de redactar ocho artículos donde se delimitaban las funciones de esta diputación, la cual debería informar al ministro protector de las faltas cometidas dentro del recinto para que éste lo comunicase al presidente. La idea se retomó en el reglamento de 1821 donde se estableció:

“Art. 1º. La experiencia más autorizada ha demostrado felizmente la ventaja que produce el plan de diputados con el sistema hospitalario; la intervención de ellos descubre el gran resorte del orden i de la economía de sus gastos. Debe, pues, erigirse una diputación compuesta de veinticuatro sujetos de la primera nobleza del país, de acreditada caridad, celo, prudencia e interés sumo al bien de los pobres para llenar, con el conjunto de estas cualidades, todas precisas, el delicado deber de un ministerio, cuya importancia es nada menos que la conservación de la vida del hombre”<sup>175</sup>.

La intervención de estos veinticuatro sujetos “de la primera nobleza del país” vendría a ser un mecanismo de gobierno anexo al juez protector que actuarían como su representante directo en el día a día del hospital, procurando mantener el orden, la limpieza, la asistencia y la provisión de alimentos y utensilios dentro del recinto. En otras palabras, se les delegó la función de velar por el cumplimiento del reglamento.

La segunda entidad que se creó como mecanismo de gobierno fue la del ecónomo. Este sujeto debía ser un secular que se encargaría del gobierno interior económico del hospital y cuya elección estaría mediada por la junta de diputados y el juez protector. Si bien sus atribuciones son amplias recaen, principalmente, en la inspección de los gastos que se realizarían en la botica, ropería, cocina y salarios. En otras palabras, toma el papel de un contador que actúa como mano derecha del juez protector en temas relacionados con la

---

<sup>174</sup> *Ibid.*, f.j., 201.

<sup>175</sup> Senado Conservador, *Op.Cit.*, “Capítulo II. De los diputados”, p, 390.

administración de las rentas y la comprobación de gastos. No obstante, también se hace responsable de la conducta de los empleados:

“Art. 3º [...] el ecónomo, que es responsable por omisión i descuido, de la conducta de todos los empleados, podrá exigirles razon de ella cuando note defectos en sus respectivas comisiones, i reprender, según los casos, con moderación i fraternidad las faltas de los seculares, si en ellas incurriere algún religioso, i no es bastante su prudente reconvercion, dará parte inmediatamente al prelado para el remedio oportuno”<sup>176</sup>.

De este modo, con la creación de la diputación y del ecónomo, en 1821, las atribuciones del antiguo ministro protector se desmembraron originando una red de gobierno que debía velar por la observancia del reglamento visto como un medio de vigilancia y de establecimiento de un orden concreto que permitiera la buena administración de las rentas y una correcta asistencia al enfermo.

#### **b) Atribuciones y limitaciones de los que trabajaban en el hospital**

Las atribuciones y limitaciones de los que trabajaban dentro del hospital es uno de los puntos centrales en cualquiera de los reglamentos analizados. Las funciones son delimitadas en cláusulas específicas a cada cargo, los cuales se insertan en esta red de gobierno que mencionamos anteriormente basada en una vigilancia de unos sobre otros. Debemos tener presente que, a modo general, existen dos cuerpos trabajando en el hospital: el secular y el eclesiástico. El primero es nombrado por el presidente de la Real Audiencia, mientras que el segundo viene dado por su pertenencia a la orden religiosa de San Juan de Dios. Ya en las capitulaciones de 1617 se perfila un escenario que se sostendría hasta 1821:

“Item: que los oficiales que hubiere de tener el dicho Hospital, como son: capellanes, doctor, cirujano, boticario, barbero, los haya de nombrar y salariar el dicho señor Presidente, conforme hasta aquí se ha hecho.

Item: que si en algún tiempo viniere a esta ciudad algún religioso sacerdote de la dicha orden del beato Juan de Dios, se le haya de dar la capellanía del dicho Hospital, y para ello se haga de vacar la de la persona que lo sirviere por ser en su aumento y utilidad”<sup>177</sup>.

---

<sup>176</sup> *Ibid.*, p, 391.

<sup>177</sup> “Recepción de los padres de San Juan de Dios, por Alonso de Ribera y capitulaciones reglamentarias que con ellos ajustó para su administración”, en: Vicuña Mackenna, *Op.Cit.*, p, 258.

Los oficiales nombrados en la cita son aquellos que reciben un sueldo y que deben responder por su trabajo al ministro o juez protector, incluyendo al capellán que no siempre fue parte de la orden hospitalaria. Los religiosos no recibían gratificaciones y su inserción en el hospital no era tan espontánea como se describía en las capitulaciones de 1617 donde se saca a la persona que servía en la capellanía para poner en su lugar al sacerdote de la orden que había llegado. Si nos atenemos al marco legal dictado desde España, el número de religiosos en los hospitales lo debían señalar los virreyes o los presidentes de las Audiencias reales,

“[...] con comunicación de los Arzobispos ú Obispos en los lugares donde los hubiere, y donde no, los Gobernadores, ó Corregidores y Comisarios, que para este efecto se nombraren por los Cabildos seculares, con intervención de los Oficiales Reales, donde los hubiere, habiendo primero llamado y oído al Vicario General, ó Prior de el Hospital para que informe y dé razón de lo que conviniere y fuere preguntado; y reservamos al Consejo el proveer sobre el dicho número lo que más convenga, quando se ofrezca ocasión, ó se pida”<sup>178</sup>.

De este modo, se había establecido un riguroso mecanismo para delimitar el número de religiosos que atenderían en los hospitales considerando la situación del recinto y los enfermos que se solían acoger. En esta elección no solo el padre prior del hospital tenía la facultad para determinar cuándo se necesitaría más religiosos, si no que la decisión pasaba por la administración local a la que se subordinaba el hospital. Esta es una de las principales limitaciones con la que se encontraron los frailes de la orden, a saber, la inclusión de funcionarios y representantes locales en los asuntos del convento-hospital. Si bien su intromisión no guardaba relación con la asistencia *in situ* de los enfermos, sí buscaba que estos espacios tuvieran una correcta organización y funcionamiento.

A continuación revisaremos qué tipos de atribuciones y limitaciones se fijaron para que los dos cuerpos que trabajaban en el recinto funcionaran adecuadamente.

#### **i. Los oficios seculares: del médico a la lavandera.**

En el primer capítulo de este trabajo veíamos que un bosquejo de hospital conllevaba comprenderlo como un espacio de acogida de pobres enfermos, a los cuales había que asistir espiritualmente y físicamente. Este segundo aspecto era la principal labor de los oficianes

---

<sup>178</sup> *Recopilación de Leyes de los Reynos de las Indias, Op.Cit.*, Libro I, Tít. IV, Ley v, artº 2, p, 24.



seculares o civiles del hospital que actuaban junto a los religiosos, ya sea emitiendo órdenes de cómo administrar algún remedio o tratamiento, o recibiendo órdenes en torno a cómo tratar con los enfermos o con los implementos que se utilizaban para aquello. Según los reglamentos nombrados, dentro de este cuerpo encontramos: al médico, cirujano, boticario, sangrador, ropero, a los cocineros y a las lavanderas, remendonas y costureras.

Los médicos en el hospital tenían la atribución de actuar como supervisores de los métodos con los que se tratarían a los enfermos. Junto al cirujano y al boticario debían realizar una visita diaria a las camas por la mañana y la tarde. Mientras que el cirujano se encargaba de curar las heridas con vendajes, hilos y unguentos, el boticario debía preocuparse por anotar las recetas emitidas por el médico en un libro donde se especificaba el tipo de bebida que se le administraría al enfermo. En el reglamento de 1821, debido a la escasez de los fondos del hospital, se contrató un médico-cirujano y un boticario nombrados por la junta de diputados. Esta situación contrastaba con lo establecido en el reglamento de 1802 donde el nombramiento lo hacía el presidente de la Real Audiencia considerando las propuestas del ministro protector y el padre prior.

Todos estos facultativos, más el sangrador, debían someterse a la observancia rigurosa del protomédico de la ciudad, quien acompañaba a los comisionados de la Real Audiencia en las visitas anuales al hospital. No obstante, la vigilancia también ocurría en el día a día a través de las visitas diarias, en las cuales el boticario debía contar con un recetario donde se anotaban las recetas e instrucciones mandadas por el médico y confirmadas por el padre prior, quien guardaba estos cuadernos en el archivo del hospital. Asimismo, el sangrador también asistía a las visitas diarias secundando al padre enfermero mayor, quien le dictaba las sangrías, “vegitorios”, ventosas y sacadas de muelas que recetaba el médico.

En el reglamento de 1821, la supervisión de estas dos labores se amplió al incluir al ecónomo, quien comenzó a encargarse de los gastos diarios de la botica y el hospital, y a los diputados de semana, quienes debían dar su visto bueno a las planillas de gastos y a los métodos de asistencia. Aquello responde a la construcción de un nuevo escenario donde las funciones y vigilancias se disgregaron en múltiples sujetos, quienes se sabían competentes para realizar una determinada actividad. Con la inclusión del ecónomo y los diputados de semana al cuerpo de oficiantes seculares, se buscaba conformar un nuevo cuadro, donde se pudieran transformar “las multitudes confusas, inútiles o peligrosas, en multiplicidades

ordenadas”<sup>179</sup>. Al ampliar los cargos, se separaron las atribuciones y todo se dispuso bajo una visita diaria metódica, donde lo importante era organizar lo múltiple e imponerle un orden<sup>180</sup>. Los reglamentos fijaron lo que Foucault llamó una microfísica del poder que se basaba en “el control y el uso de un conjunto de elementos distintos”<sup>181</sup> que permitieran formar estos cuadros, propios del siglo XVIII, que se utilizaban como una técnica de poder y un procedimiento de saber<sup>182</sup>.

El orden de las atribuciones y la expansión de los poderes de vigilancia hasta lo más mínimo, lo podemos observar también en la portería del hospital, donde, según Mollat, comenzaba la liturgia de la acogida y el contacto con los pobres<sup>183</sup>. Aquí, el cargo de ropero funcionaba en consonancia con el capellán. El primero, se encargaba de recibir al enfermo y guardar su ropa en la ropería junto al número de la cama que se le asignaría, mientras que el segundo lo confesaba. El ropero era un cargo que debía realizarlo un secular elegido por el ministro protector y el padre prior, pero debía responder a las órdenes del padre enfermo mayor, el cual le encargaba llevar cuentas de las sábanas, almohadas, camisas y cobertores que se entregaban, así como también de realizar un “inventario de expolios” donde se especificaban las ropas y pertenencias de los que habían muerto. Lo interesante del ropero es que también adquiere un poder de mando sobre las costureras, lavanderas y remendonas. En el reglamento de 1821, al igual que en el de 1802, dice:

“Art. 12°. [Tendrá] no solo la responsabilidad en la conservación de las ropas sino en la limpieza, costura i apresto de ella para que nunca falte a los enfermos. Entiéndase él con las costureras, lavanderas i remendonas. Para exceptuarlas, llevará su cuaderno inventario por especies de cuanto reciba i entregase [...] allí ha de apuntar diariamente la alta i baja de ropa que ocurra i a fin de cada mes se hará por el ecónomo una liquidación de todo, con intervención del diputado, explicada por partida que firmarán los tres”<sup>184</sup>.

El hospital contaba con una lavandería donde se limpiaban las ropas sucias y los colchones grasientos por estas mujeres que no tenían un trabajo permanente dentro del

---

<sup>179</sup> Foucault, “Vigilar y castigar...”, *Op.Cit.*, p, 152.

<sup>180</sup> *Ibidem.*

<sup>181</sup> *Ibid.*, p, 137.

<sup>182</sup> *Ibidem.*

<sup>183</sup> Mollat, *Op.Cit.*, p, 49.

<sup>184</sup> Senado Conservador, *Op.Cit.* “Capítulo VI. Asistencia de los enfermos”, pp, 393-394.

recinto, sino que se supeditaban al contrato que establecían con el ministro protector, en 1802, y con el ecónomo y diputados, en 1821. Algo parecido ocurría con los sirvientes de las cocinas de la comunidad y de enfermos, los cuales solo estaban a cargo del ecónomo que debía velar por contratar gente de “acreditada juiciosidad i aptitud, sin el vicio de la embriaguez”<sup>185</sup>, a las cuales les entregaría las provisiones necesarias para preparar las comidas. Estos cocineros, a su vez, contarían con su “galopín”, es decir, con un peón que les ayudase en la cocina. Así, se conformó una nueva manera de disponer las cosas mediante “el juego de la mirada”<sup>186</sup>. El ejercicio de la disciplina en el siglo XVIII creó “una maquinaria de control que [funcionó] como un microscopio de la conducta”<sup>187</sup>, donde hasta los pequeños cargos se encauzaban en una red de observadores, en la que todos adquirirían un poder de vigilancia y de mando de unos sobre otros.

Para finalizar, es importante constatar la existencia de un último cargo: el depositario general, el cual, como vimos anteriormente, era ocupado por un religioso de la orden hospitalaria. Sin embargo, en 1821, este cargo se vuelve un trabajo que lo debe realizar un secular que sería nombrado por la junta de diputados pero que quedaría a cargo del juez protector. Su descripción dice:

“ARTÍCULO ÚNICO. La seguridad de los fondos pecuniarios del hospital debe ser [garantizada] cuanto tiene de sagrado su propiedad i su destino. Con esta escrupulosa consideración, se elegirá para depositario general por la junta de diputados, un vecino de honor, a quien, sobre las cualidades de bien acreditado, filantrópico i residente, por lo común, en la capital, lo recomiende como primera circunstancia la de notoriamente rico i afincado. No cubrirá libramiento que no venga con firma entera del señor Protector i del diputado de semana, i rendirá cada año su cuenta instruida i comprobada, a la misma junta, que resolverá lo conducente a su aprobación”<sup>188</sup>.

Este depositario general, “vecino de honor [...] rico i afincado” actuaría a modo de tesorero y solo por medio de él se podría ejecutar algún cobro. En el reglamento de 1802 también se habla de un contador mayor que le entregaría el dinero por libranzas al ministro protector, así como también se mencionan a ministros de la Real Hacienda que se

---

<sup>185</sup> *Ibid.*, “Capítulo V. De los religiosos i enfermeros”, p, 392.

<sup>186</sup> Foucault, “Vigilar y castigar...”, *Op.Cit.*, p, 175.

<sup>187</sup> *Ibid.*, p, 167.

<sup>188</sup> Senado Conservador, *Op.Cit.*, “Capítulo VIII. Administración de las rentas”, p, 394.

encargarían de entregar lo recaudado por el noveno y medio en tres parte al padre prior para que lo ocupara en los gastos extraordinarios de la ropería, la botica y otros mayores. La diferencia radica en que en 1821 con la creación del cargo de depositario general, todas esas funciones se concentraron en una persona que se integraría, al igual que los oficios nombrados anteriormente, a la red de gobierno que se estableció dentro del hospital con el fin de promover el debido cumplimiento del reglamento mediante la observancia de unos sobre otros y la delimitación de funciones concretas.

## ii. Los religiosos de San Juan de Dios: del capellán al enfermero

Si los oficios seculares se encargaban, primordialmente, de la atención física del enfermo, los religiosos estaban a cargo de la espiritual con los capellanes, de la administrativa con el padre prior y de la asistencia diaria con los enfermeros. A modo general, todos estos cargos estaban siendo supervisados por el ministro protector, y luego por el juez protector, en conjunto con el ecónomo y un diputado comisionado, los cuales se encargaban de que no les faltase comida y ropa para el año. Cada religioso tenía derecho a:

“Art. 7°. En cada un año se darán a cada religioso tres camisas de lino, tres calzoncillos de [lino], tres pares de medias de algodón, tres de calcetas, un calzón, chaleco, chaqueta y un hábito. Cada dos meses un par de zapatos de suela. Cada dos años un capote y un sombrero distinguiendo en estas asistencias al Padre Prior, así en el lienzo de la ropa interior, que deberá ser de Bretaña legitima como en su género de los hábitos que lo será más fino dándosele todo vestuario con anticipación de seis meses respecto de los demás religiosos”<sup>189</sup>.

Si bien la cita corresponde al reglamento de 1802, no difiere de lo que se estipula en 1821. En ambos casos podemos observar que los frailes estaban siendo abastecidos de acuerdo a lo que la máxima autoridad del hospital dictaba y no por lo que el padre prior de su orden mandaba. Las ropas que se les entregaban cumplían el papel de un sueldo, ya que las gratificaciones estaban prohibidas, a excepción de las que se le entregaban al padre prior, al capellán y al padre procurador. Por ejemplo, este último recibía 50 pesos en 1802 “por su trabajo en las cobranzas de censos y diligencias en los pleitos para la manutención de cabalgadura además de las razones expresadas en el artículo”<sup>190</sup>. Aquello cambia en

---

<sup>189</sup> Concha Ximenes, *Op.Cit.*, “Capítulo 1°. De los religiosos y enfermeros”, sin foliar.

<sup>190</sup> *Ibid.*, “Capítulo 3°. Gasto en el convento y hospital”, sin foliar.

1821, cuando se contrata un procurador secular por la junta de diputados, la cual le encarga cobrar censos y alquileres, “quedando el religioso que lo era antes para lo perteneciente a asuntos de la religión”<sup>191</sup>. Este ejemplo nos muestra cómo las disposiciones reglamentarias fueron excluyendo a los religiosos de la administración del hospital, sirviendo solo para los asuntos de “la religión”, es decir, para velar por el cuidado de los enfermos y aplicar la asistencia espiritual necesaria. Sin embargo, ni siquiera en estos ámbitos podían actuar con total independencia porque debían subordinarse a lo dictado por los facultativos seculares como el médico y boticario, además de tener que rendir cuentas ante el ministro protector.

Ante ello, podemos considerar que la atención hospitalaria y la gestión de la administración económica pasaron a secularizarse mediante los reglamentos de fines del siglo XVIII. Para Rosen, aquello venía ocurriendo desde el siglo XIII cuando los hospitales medievales pasaron a depender más de la jurisdicción secular debido a que las ciudades de Europa se hacían más grandes y, por ende, aumentaba el número de pobres y enfermos, ante lo cual se motivó una política “en parte por el deseo de las autoridades civiles de hacerse independientes de la dominación eclesiástica o de subordinar al poder de la Iglesia”<sup>192</sup>. Sin embargo, en España (y, por ende, en Hispanoamérica), la noción de un gobierno civil de las instituciones de acogida religiosas comenzó a difundirse con los borbones bajo el signo de la Ilustración, con la cual se publicó una amplia literatura sociológica<sup>193</sup> que llamaba a confiar “la caridad a la buena gobernación del Estado, estableciendo que nadie diese limosna directamente, sino a través de instituciones encargadas de su gestión y que éstas no la concediesen más que al verdadero necesitado”<sup>194</sup>. En otras palabras, se planteaba la idea de una caridad organizada por el Estado o lo civil en detrimento del auxilio entregado por la Iglesia.

A pesar de este proceso de secularización, los religiosos pudieron seguir actuando con mayor autoridad en el ámbito de la asistencia espiritual donde destacaba el capellán (sacerdote encargado de decir misa en el hospital), el cual no siempre perteneció a la orden hospitalaria. En el reglamento de 1821 se menciona que los dos capellanes que trabajarán

---

<sup>191</sup> Senado Conservador, *Op.Cit.*, “Capítulo VII. Gastos en el convento i hospital”, p, 394.

<sup>192</sup> Rosen, *Op.Cit.*, p, 329.

<sup>193</sup> Véase: Jean Sarrailh, *La España ilustrada de la segunda mitad del siglo XVIII*, México, Fondo de Cultura Económica, 1957.

<sup>194</sup> Fuente Galán, *Op.Cit.*, p, 17.

en el hospital deberían gozar “si fueren de la orden, como es propio de su instituto [...] de ocho pesos, i si clérigos dieciséis, habitación, mesa i raciones con la pensión de misas que fuere costumbre”<sup>195</sup>. Estos pagos se realizarían, además de por dictar misa, por confesar al enfermo cuando llegaba al hospital, recetar los sacramentos a aquellos que estuvieran prontos a morir y, lo más importante, por dar el sermón los días domingos:

“Art. 4°. Ha de ser una de sus primeras obligaciones hacer siempre en el crucero de las enfermerías todos los domingos por la tarde antes de la cena, una especie de plática, explicación de la doctrina, por tiempo, cuando menos, de media hora i buscar continuamente en su turno al infeliz enfermo que necesite de este pasto espiritual para suministrárselo con amor e interés de su alma”<sup>196</sup>.

La incumbencia del capellán se resumía solo a aliviar el alma de los enfermos y a preocuparse porque la doctrina fuera cumplida y enseñada con prolijidad dentro del hospital, a pesar de que también asumió un papel dentro de la administración, ya que debía llevar un libro foliado y rubricado por el ministro protector donde se especificara la filiación del enfermo y el día en que entró y salió del hospital o el día en que murió. No obstante, el único religioso que siempre tuvo una incidencia directa en la organización del hospital fue el padre prior de la orden hospitalaria. En el reglamento de 1802, era el encargado de regular los gastos extraordinarios y ordinarios del recinto, de recibir los pagos en tercios del noveno y medio de los diezmos que le entregaba la Real Hacienda, de nombrar cocineros y lavanderas, de encargarse de los recibos y boletas realizadas con carniceros y panaderos, y de custodiar el dinero del hospital guardado en una arca...

“Art. 4°. [...] de tres llaves de las que tendrá una el Padre Prior y las otras dos los Padres consiliarios y se sacará de ella las partidas que se las [den] con intervención del Padre Procurador y del Padre comprador por lo que respecta a lo que hade abastecer por mano de cada uno de ellos para el consumo del convento y Hospital”<sup>197</sup>.

De este modo, el padre prior había adquirido un poder de mando sobre gran parte de la economía interna del hospital en conjunto con otros religiosos a los cuales dirigía para ejecutar lo que se les mandaba, es decir, lo relacionado con los gastos diarios y extraordinarios del hospital. Las compras y pagos realizados por el padre prior debían

---

<sup>195</sup> Senado Conservador, *Op.Cit.*, “Capítulo IV. De los capellanes”, pp, 391-392.

<sup>196</sup> *Ibidem*.

<sup>197</sup> Concha Ximenes, *Op.Cit.*, “Capítulo 4°. Administración de las rentas”, sin foliar.

rendirse ante el ministro protector, el cual tenía que estar siempre informado de lo que ocurría dentro del recinto al ser el representante directo del presidente de la Real Audiencia. Todo esto cambió con el reglamento de 1821 cuando ya casi ni se nombraba al padre prior, el cual quedó relegado de todas las funciones que se le habían encargado, ya que los diputados y el ecónomo pasaron a preocuparse por la economía interna del recinto. Ahora solo se le asociaba como cabeza de la orden (“el prelado superior”), aunque seguía distinguiéndose del resto de los religiosos por su vestimenta y porque recibía 10 pesos mensuales “para gastos extraordinarios de portes de cartas, escribientes, etc.”<sup>198</sup>. Sin embargo, hay que matizar este pago, puesto que el resto de los religiosos también recibían 3 reales a la semana, pero para gastarlos en el “vicio de tabaco y polvo”<sup>199</sup>. Así, con el relevo del padre prior se estableció un hito en la secularización del hospital, el cual se aproximó más a un gobierno civil, lo que se concretó en junio de 1823 cuando el director supremo de Chile Ramón Freire Serrano destituyó a los hermanos de la orden de San Juan de Dios<sup>200</sup>.

Podemos comenzar a concluir que los religiosos habían sido desplazados de sus funciones administrativas dentro del hospital, mientras que el ministro o juez protector, los diputados y el ecónomo adquirirían mayor relevancia en la administración económica del recinto. Los hermanos de la orden de San Juan de Dios quedaron limitados, principalmente, a la asistencia espiritual y al cuidado diario de los enfermos. En este ámbito, incluso el número de ellos que podían realizar este trabajo quedó restringido. En ambos reglamentos se estableció que el hospital solo contaría con 50 camas y que para la atención de los enfermos era suficiente con los religiosos ya existentes, los cuales solo podrían ser aumentados en caso de epidemia cuando se recibían más enfermos en el recinto. Para estos casos, el padre prior debía conversar con el ministro o juez protector para resolver sobre el aumento de enfermeros seculares “que sean mui precisos para el alivio de los religiosos, por solo el tiempo que dure el mayor número de enfermos”<sup>201</sup>. Lo que más preocupaba sobre este aumento de personal era la pérdida de armonía dentro del recinto:

“Art. 3°. Con los [enfermeros] seculares deberán guardar los religiosos la mayor armonía, como que les ayudan al cabal cumplimiento de su santa regla, tratándoles

---

<sup>198</sup> Senado Conservador, *Op.Cit.*, “Capítulo V. De los religiosos y enfermeros”, p, 392.

<sup>199</sup> *Ibidem*.

<sup>200</sup> Laval, “Historia del hospital San Juan...”, *Op.Cit.*, p, 107.

<sup>201</sup> Senado Conservador, *Op.Cit.*, “Capítulo V. De los religiosos y enfermeros”, p, 392.

con amor, pero sin demasiada confianza en el cuidado de las salas, donde deban velar los excesos que cometen los enfermos mejores”<sup>202</sup>.

Existía un cierto recelo de parte de los religiosos en los espacios de los que se hacían cargo, es decir, de las salas de enfermería y del refectorio que era una sala reservada para servir la comida a la comunidad. En el caso de las salas de enfermería debemos considerar que la atención en estos espacios comenzó a profesionalizarse con la inclusión del médico en la visita diaria. Según Lilia Oliver, no podemos hablar todavía de una medicalización de la institución hospitalaria en el siglo XVIII, ya que aún no ha ocurrido un aumento en “el número de facultativos que atendían las visitas a los enfermos y el concerniente al tiempo que éstos permanecían en él”<sup>203</sup>. No obstante, la delimitación del número de religiosos que atenderían a los enfermos o la visita realizada por el médico dos veces al día, más la vigilancia que ejercía sobre los enfermeros, el boticario y el sangrador, nos muestra que dentro de la orgánica interna del hospital, el médico comenzó a adquirir importancia como un experto en la asistencia física de los convalecientes.

En otras palabras, si bien los religiosos seguían cumpliendo con sus funciones relacionadas con el cuidado y acogimiento de los enfermos, su trabajo había sido limitado, ya sea porque se les había marginado del gobierno económico del recinto o por esta continúa observancia que se plantó ante ellos en el día a día. A pesar de que nunca fueron considerados dueños de los hospitales a los que llegaron en América, las atribuciones que tenían otorgadas los habían llevado a influir directamente sobre la administración de estos recintos. Los reglamentos de fines del periodo colonial intentan limitar las funciones de los religiosos para plantar una red de gobierno más eficaz asociada a una política ilustrada que buscaba evitar que el pobre se convirtiera en un delincuente. Los filósofos y sociólogos de la época pensaban que solo se lograría aquello a través del gobierno estatal que debía velar por el alivio de la miseria con “una organización oficial, emanada del poder central”<sup>204</sup> que pudiera cumplir eficazmente con esta tarea. De este modo, los reglamentos del hospital San Juan de Dios de Santiago tensionan el gobierno de la acogida cristiana, asociado a la orden religiosa que convirtió al hospital en una casa-convento guiado por el prior, con un

---

<sup>202</sup> *Ibidem*.

<sup>203</sup> Lilia Oliver, *El Hospital Real de San Miguel de Belén: 1581-1802*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 1992, p, 160.

<sup>204</sup> Sarrailh, *Op.Cit.*, p, 529.



gobierno que proviene de lo civil que buscaba secularizar al recinto hospitalario al establecer redes de observancia, en las cuales mandaban sujetos competentes que podían guiar la asistencia, vigilar y cuidar las rentas del recinto.

### **c) Mecanismos de acogida, asistencia y gobierno**

La práctica del acoger y curar en el hospital conllevaba una serie de procedimientos y mecanismos de gobierno establecidos en los reglamentos de 1802 y 1821 con la finalidad de fijar los métodos de asistencia. Como mencionamos anteriormente, en las puertas del hospital comenzaba la liturgia de la acogida, donde el capellán les entregaba a los enfermos el primer remedio que era espiritual. Luego, debían pasar ante el ropero quien recibiría las ropas que llevarsen, guardándolas en los estantes de la ropería cuyos números coincidían con los de las camas que se les asignarían. En todo este proceso es el capellán el que lleva un registro escrito de los enfermos que llegan a curarse considerando la filiación, la fecha del día en que entra y el número de la cama asignada. Con el tiempo, se anotaría al margen la fecha en que murió o salió del hospital el enfermo.

La curación y el diagnóstico de enfermedades se realizaban durante la visita diaria a las salas de enfermería. En el reglamento de 1802, la visita la guiaba el padre enfermero mayor acompañado por el médico, el cirujano, el boticario y el sangrador. Allí, el médico revisaba al enfermo, prescribía una receta o remedio al boticario, el cual lo anotaba en su recetario, y dirigía al cirujano en la curación de heridas. En 1821, se establece que la visita diaria se debía realizar en las mañanas y en las tardes con la asistencia de un diputado y el ecónomo, más el padre enfermero, quien llevaría el recetario:

“Art. 2°. Irán todos juntos con el mayor silencio de covacha en covacha, para que el examen que haga el facultativo a cada enfermo, corresponda inteligible la razón que dé sobre el alivio o concurso de otros síntomas que lo agraven. Concluida así, sacara el padre enfermero un apunte de los números correspondientes a las camas en que yacen los enfermos, a quienes se les hubiera recetado la medicina del alma i se lo pasará inmediatamente al capellán de semana para la suministración de sacramentos”<sup>205</sup>.

Uno de los aspectos que no considera el reglamento de 1821, pero que sí se estipula en el de 1802 hace referencia a las comidas que se les prescriben a los enfermos durante esta

---

<sup>205</sup> Senado Conservador, *Op.Cit.*, “Capítulo VI. Asistencia de los enfermos”, p. 393.

visita diaria. Al frente de cada cama había una tablilla donde se anotaba el alimento designado de acuerdo al estado del enfermo. Así, una D significa dieta, una C, caldo, una P, presa o media comida y una M, una comida entera con medio pan. En esa misma tablilla se anotaba una S para aquellos enfermos que aún no habían recibido los sacramentos y que, como muestra la última cita, debía suministrar el capellán lo más pronto posible.

La instauración de este régimen alimentario guardaba relación con las propuestas que revisamos del protomédico José Antonio Ríos, las cuales realizó luego de la visita al hospital San Juan de Dios de Santiago en 1791. Allí sugirió establecer un método para administrar los alimentos considerando la condición del enfermo como se hacía en el hospital San Francisco de Borja. Con la formalización de esta propuesta en el reglamento de 1802, observamos lo que Adriana María Alzate Echeverry llama el inicio de una medicalización alimentaria<sup>206</sup>. Según ella, los hospitales neogranadinos de fines del siglo XVIII habían comenzado a preocuparse por curar a los enfermos, a pesar de su precariedad, mediante la entrega de comidas y alimentos curativos como las sopas y los plátanos. En el hospital San Juan de Dios de Santiago habría ocurrido algo similar con la instauración de tablillas que indicaban los alimentos que cada enfermo podía consumir, lo cual evidenciaba una suerte de asistencia terapéutica que permitió mostrar al hospital como un espacio de reparo para los enfermos, dejando de lado la imagen que los asociaba a la muerte inminente<sup>207</sup>.

Otra actividad realizada diariamente que también tenía fines terapéuticos era la limpieza de las salas de enfermería de las cuales estaba encargado el padre enfermero mayor, quien comenzaba a trabajar a las cuatro de la mañana en verano y a las seis en invierno, luego de que los veladores nocturnos habían terminado su jornada. La limpieza consistía en lavar los pisos y purificar el aire con un sahumero de alhucema, romero u otras yerbas aromáticas, y vinagre para limpiar “la atmósfera que quedó impregnada de la noche”<sup>208</sup>. Este ritual de aseo se acompañaba de una revisión del servicio de caldos y bebidas que había recibido cada enfermo durante el día anterior para evitar que no haya ocurrido ninguna falta y así

---

<sup>206</sup> Adriana María Alzate Echeverri, “Comer en el hospital colonial: apuntes sobre la alimentación en tres hospitales neogranadinos a finales del siglo XVIII”, *Revista Historia Crítica*, Universidad de los Andes de Colombia, Bogotá, n°. 46, 2012, 18-42, p, 35. Disponible en: <http://historiacritica.uniandes.edu.co/view.php/741/1.php> [Consulta: enero, 2016].

<sup>207</sup> *Ibid.*, p, 27.

<sup>208</sup> Concha Ximenes, *Op.Cit.*, “Capítulo 2°. Asistencia de los enfermos”, sin foliar.

informar al médico, cirujano y boticario que comenzarían después de la limpieza su primera visita del día. A pesar de que los reglamentos no mencionaban nada sobre el aseo de los enfermos, encontramos algunas referencias sobre su estadía en el hospital en relación al aseo del lugar que ocupaban. Así una disposición dice:

“Art. 3°. No se permitirán los corrillos de las salas en el cambio de raciones entre los enfermos, i procurará el mayor cuidado con los utensilios que hacen el pronto servicio; i atiéndase a que los enfermos saliven en las bacinillas para no ofender las paredes ni suelos, a menos que no puedan valerse”<sup>209</sup>.

Evitando que los enfermos circularan de sala en sala y manteniendo la limpieza de las paredes y suelos, lo que se intenta es conservar un orden donde lo más importante era cuidar al enfermo en un ambiente purificado. Para Alain Corbin, durante el siglo XVII surgió la idea de que “frente al riesgo del contagio y la infección, lo aromático posee una doble virtud: combate los vicios de la atmósfera; aumenta la resistencia del organismo. El olor puede desde luego reanimar la elasticidad del aire y destruir el veneno de la enfermedad”<sup>210</sup>. Con ello, los sahumeros a las salas de enfermería, así como el aseo de las ropas y colchones, a los cuales las lavanderas debían ventilar cada cuatro días, demuestran la necesidad de tratar las enfermedades y evitar su propagación mediante la limpieza, en vez de solo acoger al que llegaba y darle un buen morir.

La necesidad de conservar el aseo del hospital no se reducía al edificio mismo, sino que abarcaba otros espacios como el cementerio. Junto a los rituales de confesión, las misas y rezos, los reglamentos normaban la entrada de los muertos al campo santo como un modo de asistencia espiritual después de la muerte, pero que guardaba una fuerte relación con los intentos por mejorar la salud pública de la ciudad a través de la disposición de estos lugares en espacios despoblados para evitar la propagación de epidemias y malos olores.

En los reglamentos del hospital San Juan de Dios de Santiago se estableció que los cementerios fueran vigilados y regulados por el ministro o juez protector. Luego de que algún enfermo moría se le amortajaba con sus ropas y se dejaba en un cuarto de depósito para que, luego de las oraciones del alba, se echaran dentro de un carro que los trasladaría al campo santo, el cual quedaba en “un sitio nombrado Conventillo, distante siete cuabras

---

<sup>209</sup> Senado Conservador, *Op.Cit.*, “Capítulo VI. Asistencia de los enfermos”, p, 393.

<sup>210</sup> Alain Corbin, *El perfume, o, El miasma: el olfato y lo imaginario social: siglos XVIII y XIX*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987, p, 75.

de la Cañada, en despoblado, i once de la plaza”<sup>211</sup>. Llegados a este lugar, los cadáveres se colocaban en otro depósito, situado detrás de la capilla, desde donde el sepulturero comenzaría a enterrarlos colocando una cruz pequeña como medio de identificación. Todo esto se realizaba sin ningún tipo de acompañamiento, “ni aparato de luces”, a menos que lo haya costado o pedido algún pariente del muerto. También estaba prohibido pagarle al sepulturero porque ya se le había asignado un salario de 8 pesos mensuales y una pieza donde vivir. El único dinero que se podía recibir era el de los familiares que pagaban al capellán para que dictase misas por sus muertos, además del que se recaudaba en una alcancía de limosnas donde el público podía hacer aportes que serían recolectados por el depositario general del hospital, los cuales invertiría en una celebración por los muertos realizada a fin de año, en las herramientas del sepulturero y en la cera, vino y hostias de las misas que se realizaban en la capilla del cementerio. Todas estas disposiciones buscaban mantener un lugar bien administrado donde se enterraran los muertos para evitar la contaminación de los espacios urbanos:

“Art. 1º. Nada fuera más perjudicial a la salud pública que la infestación del aires causado por la diaria inhumación de los cadáveres en el recinto del propio hospital, actuando al viento reinante de la ciudad, i casi dentro de ella, por la mucha población que lo circunda; a este fin se dispuso i costeó de estos fondos el campo santo [...] Allí deben sepultarse los cadáveres de cuantos murieren en las enfermerías, mientras se realiza la erección proyectada del panteón público”<sup>212</sup>.

Con ello, el cementerio se nos presenta como otro espacio de acogida, pero de muertos. Aquí, la buena administración es la que permite que este lugar funcione en consonancia con el hospital y la ciudad para promover la salud pública y evitar la contaminación por la descomposición de los cadáveres. De este modo, considerando la instauración de un régimen alimentario, la limpieza rigurosa de las salas y las ropas y las disposiciones administrativas del cementerio, se comenzó a perfilar en los reglamentos un gobierno terapéutico del hospital porque se buscaba disponer las cosas para establecer tratamientos que pudieran combatir las enfermedades y su propagación.

Todos estos procedimientos gubernativos fijados en los reglamentos de 1802 y 1821 se establecieron considerando dos mecanismos que lograrían permitir que el hospital

---

<sup>211</sup> Senado Conservador, *Op.Cit.*, “Capítulo X. Del cementerio”, p, 395.

<sup>212</sup> *Ibidem*.

funcionara adecuadamente bajo una exacta observancia de lo estipulado como norma. Aquellos mecanismos fueron la visita y la conformación de un registro escrito.

Como vimos, la visita se realizaba de manera diaria por el médico, cirujano, sangrador, boticario y padre enfermero mayor como un medio de evaluación del enfermo para recetarle el remedio o medicina (también llamado bebida) acorde a su estado. En 1821, con la instauración de los diputados y el ecónomo, la visita diaria pasó a ser también una forma de vigilancia para revisar si las salas de enfermería estaban limpias y ordenadas, si la asistencia física y espiritual era la correcta, si la botica estaba bien surtida y, quizás lo más importante, si los enfermos estaban comiendo adecuadamente. En este aspecto, la inserción del ecónomo como administrador del gobierno interior económico del hospital permitió una inspección rigurosa en torno a los gastos que se hacían por los artículos comprados para la botica, la ropería, la cocina de los pobres y de la comunidad y por el pago de salarios a los sirvientes.

Sin embargo, de este mecanismo de gobierno y vigilancia diario, debemos considerar uno más amplio que incluye a la visita anual. Los primeros de marzo de cada año, el ministro o juez protector debían avisar mediante un oficio al vice-patrón (presidente de la Real Audiencia), en 1802, o al director supremo, en 1821, para planificar una visita al hospital y avisar con tiempo al obispo para que mandase un representante. Luego, se extendería un auto que especificaría el día y la hora, el protomédico y el boticario, más los comisionados secular y eclesiástico que asistirían al hospital en compañía del protector, el padre prior, el diputado de turno y el ecónomo. Todos se juntarían en la celda prioral en la tarde designada, desde donde se realizaría el itinerario de la *Tabla 3* basado en el reglamento de 1821:

*Tabla 3: Itinerario de las visitas anuales a realizarse en el hospital San Juan de Dios de Santiago según el reglamento de 1821*<sup>213</sup>.

<b>Itinerario de visita anual al hospital</b>	
1	Tomar razón de los religiosos y sirvientes de la casa especificando sus trabajos.
2	Examinar si todos los libros y cuadernos están hechos acorde a lo dictado en el reglamento.
3	Comparar las partidas de cargo y data de las cuentas del ecónomo con la de los libros de asiento y comprobar si esto está acorde al reglamento y a los recibos de los distintos asuntos.

<sup>213</sup> La *Tabla 3* se elaboró en base a: Senado Conservador, *Op.Cit.*, “Capítulo primero. De las obligaciones del Protector”, p, 390.

4	Contar el dinero del hospital que se halle en poder del ecónomo.
5	Tomar razón de los enfermos en las enfermerías y preguntarles por la asistencia que reciben de parte del médico, boticario y enfermero.
6	Revisar las cocinas de los religiosos y enfermos, las lavanderías, despensas y otras oficinas para ver si están aseadas y surtidas de todos los implementos necesarios.
7	Tomar razón de lo guardado en la ropería y del estado de aquello.
8	Examinar las cuentas del boticario y los comprobantes de lo comprado.
9	El boticario y el protomédico nombrados para la visita debían hacer un catastro de las medicinas simples y compuestas que se hallasen en la botica.
10	El comisionado eclesiástico debía visitar la capilla y revisar los utensilios que se ocupaban para la asistencia espiritual del enfermo.
11	Hacer un inventario de todas las existencias del hospital y de los repuestos que sean necesarios de comprar para abastecerlo.

Terminada la visita anual, se debía extender un documento oficial, firmado por los comisionados secular y eclesiástico y autorizado por el escribano, para informar al obispo, mientras que el juez protector redactaría un informe dirigido al Supremo Gobierno donde debía exponer el estado del hospital y las resoluciones que consideraba oportunas para arreglar los problemas del recinto. De este modo, la visita anual junto con la diaria, se planteaban como medios de observancia para saber si el hospital estaba funcionando de acuerdo a las normas establecidas.

Según Maritza Arenas, la visita fue un recurso jurídico que establecía labores de control y fiscalización, pues se trataba “de procedimientos exhaustivos, inspecciones oculares de los hospitales y de sus dependencias”<sup>214</sup>. Sin embargo, junto a su labor de inspección, debemos observar a la visita como un mecanismo de conocimiento, puesto que se buscaba averiguar cómo se componía el hospital internamente, cuáles eran las funciones atribuidas a cada cargo y cómo se aplicaba la asistencia espiritual y física a los enfermos para generar un plan de acción que permitiera solucionar los problemas y dirigir el hospital de la manera más eficiente. De este modo, la función fiscalizadora junto a la de conocimiento,

---

<sup>214</sup> Maritza Arenas Morales, *Organización hospitalaria en Chile durante el siglo XVIII. Abastecimiento y alimentación*, tesis para optar al grado de licenciado en historia, Santiago, Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Departamento de Ciencias Históricas, 1996, p, 43.

conformaron a la visita como un dispositivo de disciplina<sup>215</sup>, altamente ritualizado que imponía a los miembros del hospital la visibilidad obligatoria, puesto que “el hecho de ser visto sin cesar, de poder ser visto constantemente, es lo que mantiene en su sometimiento al individuo disciplinario”<sup>216</sup>.

La visita visto como un dispositivo de disciplina trae aparejado lo que Foucault llamó una red de escritura, “un archivo tenue y minucioso que se constituye al ras de los cuerpos y de los días”<sup>217</sup>. Con ello hacemos referencia al segundo mecanismo de gobierno dentro del hospital, a saber: la conformación de registros escritos. Estos registros consistían en cuadernos o libros foliados y rubricados por el ministro o juez protector. Los registros más importantes corresponden a los libros de cuentas con los libros de gasto extraordinario, diario y semanal que en 1802 era llevado por el padre prior quien debía contabilizar las compras al por menor de huevos, leche, carne, gallinas y pollos, así como también considerar los esclavos que habían entrado a curarse, los que murieron y cuánto pagaron por ellos. En el reglamento de 1821, el ecónomo pasó a escribir el libro de gasto diario, el cual debía contar con el visto bueno del diputado de semana.

Estos registros o libros de cuentas debían someterse a un proceso de comprobación de los gastos mediante dos formas: con recibos y firmas. Por ejemplo, cada religioso debía firmar al margen de un pliego de papel lo que había recibido para su mantención, mientras que las compras de sus ropas se comprobarían con los recibos de los comerciantes. Lo mismo se hacía con las compras de la botica donde al libro del boticario se agregaba dos fojas: “en la primera se pondrá copia de las facturas en que se compren de drogas i de los efectos del país, azúcar, aceite, manteca, etc., i en la segunda llevará razón de las medicinas que trabajare por mayor, poniendo la cantidad de cada compuesto”<sup>218</sup>. Todo ello acompañado de la firma del boticario, el protector, el ecónomo y el diputado de semana. El gasto en salarios también se comprobaría con los recibos de los que trabajasen en el hospital y las compras de carne y pan con los vales que se hicieron por esos pagos.

A modo general, los registros escritos pueden ser considerados medios de gobierno al llevar una contabilidad de lo que se gasta, adquiere y de lo que efectivamente tiene un

---

<sup>215</sup> Foucault, “Vigilar y castigar...”, *Op.Cit.*, p, 189.

<sup>216</sup> *Ibid.*, p, 174.

<sup>217</sup> *Ibid.*, p, 175.

<sup>218</sup> Senado Conservador, *Op.Cit.*, “Capítulo IX. Comprobación de los gastos”, p, 395.

hospital. Son una especie de garantía para justificar la utilización de los dineros y otorgan seguridad con los recibos que se le anexan y las firmas que los legitiman. En otras palabras, los registros escritos, junto a las visitas, permiten corroborar si la administración y atención en el hospital es la adecuada y si se está realizando conforme a lo dictado en los reglamentos. Además expresan una nueva forma de gobierno, más centralizado, disciplinado y controlado donde “la minucia de los reglamentos, la mirada puntillosa de las inspecciones, la sujeción a control de las menores partículas de la vida y del cuerpo darán pronto [...] un contenido laicizado, una racionalidad económica o técnica de este cálculo místico de lo ínfimo y del infinito”<sup>219</sup>. Con ello, los reglamentos muestran al hospital dentro de un nuevo arte de gobernar que busca conformar un cuadro basado en vigilar las minucias para darle racionalidad al hospital.

#### **d) Conclusión**

A fines del siglo XVIII, el hospital San Juan de Dios de Santiago fue reorganizado mediante la creación de dos reglamentos. En 1802, el oidor y juez de la Real Audiencia José Santiago Concha, en su labor como ministro protector del hospital, escribió un reglamento que buscaba subsanar los problemas del recinto a partir de las providencias pasadas, es decir, de los informes de visita que habían propuesto soluciones a los problemas del hospital, pero que no habían logrado ser un remedio para ello. Luego, en 1821, se reformuló el reglamento bajo el auspicio del Senado del Supremo Gobierno de Chile copiando muchas de las cláusulas y temas de interés del de 1802, pero agregando cambios sustanciales como la creación de una diputación de veinticuatro sujetos de “acreditada caridad” y de la figura del ecónomo como el administrador del gobierno económico interior del hospital.

El principal objetivo de este capítulo fue comprender qué tipo de orden quería imponerse mediante la escritura de estos reglamentos considerando que son mecanismos que buscan fijar una serie de normas, las cuales determinarán que se entenderá por un buen gobierno dentro del hospital. Ante ello, lo más importante de estas disposiciones fue delimitar quién o quiénes tendrían un poder de mando dentro del recinto. Con las capitulaciones que les otorgó el gobernador de Chile a la orden religiosa de San Juan de

---

<sup>219</sup> Foucault, “Vigilar y castigar...”, *Op.Cit.*, p, 144.



Dios en 1617, adquirieron potestad administrativa dentro del recinto, la cual venía respaldada por la Real Audiencia, cuyo presidente actuaba como vice-patrono en América y, por ende, contaba con una serie de prerrogativas que le permitían transformar internamente al hospital, el cual hasta el momento había sido comandado por el obispo en conjunto con el Cabildo de Santiago. Sin embargo, a fines del siglo XVIII, se limitaron las atribuciones de los religiosos a tal punto que, con la creación de los diputados y el ecónomo, quedaron relegados de todas las funciones administrativas que habían conservado, mientras que aumentaba la vigilancia sobre ellos en temas de asistencia física y espiritual a los enfermos. Con ello, los reglamentos chocaron con una forma de gobierno basada en la caridad cristiana y lo religioso que había transformado al hospital en una casa-convento de acogida donde lo más importante era recibir al enfermo y cuidarlo. Hacia 1821, aquella forma de gobernar habría quedado relegada por una nueva, basada en lo civil y en la unión del hospital con lo estatal.

Cuando pasamos a leer los reglamentos buscando comprender el escenario de atribuciones y limitaciones de quiénes trabajaban dentro del hospital, pudimos concluir que, a fines del periodo colonial, se conformó una red de gobierno donde las funciones de asistencia se disgregaban en distintos sujetos, los cuales se limitaban unos a otros a través de la rendición de cuentas y de la supervisión de las tareas. Los reglamentos buscaban conformar una nueva forma de gobierno basado en la observancia, la cual se respaldaba por dos mecanismos: la visita diaria y anual, más la conformación de registros escritos. Todo ello dio por resultado una administración vigilante, disciplinadora y que buscaba generar conocimiento sobre lo que ocurría dentro del recinto. Para ello, se nombraron sujetos competentes que pudieran conformar estos registros de manera idónea y que realizaran una asistencia al enfermo adecuada. Es decir, junto a un nuevo gobierno anclado a lo civil, aparecía uno secular y profesionalizado que dejaba de lado a los religiosos, para darle protagonismo, por ejemplo, al médico, al ecónomo o al depositario general.

Así, los reglamentos reflejan una trama donde se buscaba no solo la buena dirección del hospital, sino que precisar quiénes estaría a cargo de este recinto. A fines del siglo XVIII, se habrían superado las visiones del hospital como un convento que actuaba en pro de la caridad cristiana, y se habría pasado a organizar como una red de gobierno competente y racional. El hospital siguió perfilándose como un espacio de acogida, pero ya no

únicamente de caridad, sino que también de salud pública y, por ende, su control permitía también gobernar una ciudad azotada por las enfermedades, las epidemias, la pobreza y el vagabundeo.

## CONCLUSIONES

Al inicio del presente trabajo nos propusimos identificar y definir los modelos de gobierno que se instalaron dentro del hospital San Juan de Dios de Santiago durante el siglo XVIII para que éste funcionara eficazmente y así poder cumplir con sus objetivos. En el primer capítulo generamos un bosquejo del hospital colonial a partir del significado que le otorgaron sus investigadores durante el siglo XX, las acepciones que se construyeron en los diccionarios de la época colonial y considerando quiénes influyeron en su gobierno planteando políticas y normativas que buscaban cambiar la imagen de estos lugares. Concluimos que el hospital colonial en Chile unía dos planos: uno relacionado con la caridad y la acogida del pobre enfermo, y otro vinculado al gobierno de una casa, la cual mediante una determinada forma de habitar funcionaría adecuadamente. No obstante, esa imagen también consideraba otra duplicidad: por un lado, el hospital colonial contaba con un cuerpo administrativo-eclesiástico representado por la orden hospitalaria de San Juan de Dios, el cual debía actuar en consonancia con un cuerpo-administrativo local y civil que basaba su predominio en el patronato real de la corona española.

Este bosquejo del hospital se definió en el segundo capítulo cuando analizamos el funcionamiento del hospital San Juan de Dios de Santiago considerando sus principales problemas y las soluciones propuestas. Ante ello, el modelo de gobierno que rigió este lugar durante el siglo XVIII se caracterizó por ser mixto y de conflictos, ya que al incluir tanto a autoridades eclesásticas, como civiles y locales, se conformó un espacio de intervención donde los problemas del recinto eran públicos y, por ende, todos debían actuar para otorgar soluciones. Esta visión del hospital anclado a lo público se formalizó mediante la construcción de dos reglamentos (1802 y 1821) cuyo fin era fijar un orden por escrito que contemplara una serie de normas que delimitarían un buen gobierno del recinto, las cuales revisamos en el capítulo tercero. Los reglamentos generaron un choque entre una forma de gobierno basada en la caridad cristiana y lo religioso que había transformado al hospital en una casa-convento de acogida, con otra forma de gobernar basada en el disciplinamiento de los que trabajaban allí mediante una administración vigilante y registradora.

De este modo, podemos concluir que el hospital San Juan de Dios de Santiago sí se posicionó como una institución pública de acogida durante el siglo XVIII, que conllevó la

eliminación paulatina de un gobierno impulsado por la orden hospitalaria de San Juan de Dios que buscaba atender al enfermo en base al principio de la acogida. Los informes de visita y las providencias que nacieron de ellos, conformaron al hospital como un espacio que debía ser intervenido, puesto que al ser un órgano de la ciudad, involucraba a todas las instituciones y funcionarios reales locales, y no tan solo a los religiosos de la orden hospitalaria. Las respuestas entregadas por estas autoridades civiles se concretaron a través de los reglamentos de fines de siglo, los cuales patentaron un nuevo orden gubernativo secular y estatal. Mediante los mecanismos de la vigilancia diaria de unos sobre otros y del registro escrito de las actividades, este nuevo gobierno buscaba disciplinar a los que trabajaban dentro del recinto para lograr una administración racional y competente, ya no basada en el manejo de un convento-casa, sino que en el manejo del hospital como un centro terapéutico.

Creemos que, efectivamente, durante el siglo XVIII nació en el hospital una nueva forma de gobernar impulsada por los borbones, quienes buscaban centralizar y racionalizar la administración de las colonias hispanoamericanas influidos por la Ilustración. Aquello llevó a que la caridad y la acogida al pobre enfermo dejaran de verse como obras de misericordia. Se propuso que las instituciones de acogida fueran intervenidas estatalmente porque eran una necesidad pública que competía a toda la sociedad y que, por ende, había que controlar, profesionalizar y secularizar para lograr atacar la pobreza, el vagabundeo y las enfermedades contagiosas.

De este modo, la importancia de este estudio radica en la funcionalidad social que representan los hospitales. No son solo anticuarios o reliquias que debemos conservar por el interés que generan para la comprensión de la práctica médica, sino que también son instituciones perennes que acompañaron la fundación de ciudades en Hispanoamérica y que aún en la actualidad se alzan como órganos de la ciudad. Sus edificios y administración han cambiado enormemente, pero, sin embargo, siguen mostrándose como un reflejo de las necesidades sociales del entorno donde se ubican, además de ser una entrada para comprender los proyectos políticos de las autoridades locales.

## BIBLIOGRAFÍA

### a) Fuentes

Siglas utilizadas para identificar archivos y fondos documentales:

AHNCh Archivo Histórico Nacional de Chile

CG Capitanía General

MNM Museo Nacional de Medicina

FHSJD Fondo Hospital San Juan de Dios

FHSFB Fondo Hospital San Francisco de Borja

#### i. Archivo Histórico Nacional de Chile

Capitanía General: vol. 964, 965, 966.

#### ii. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile

*Proyecto de Constitución provisoria para el Estado de Chile publicado en 10 de agosto de 1818, sancionado y jurado solemnemente el 23 de octubre del mismo, Santiago, 1818. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1005251#hospital0> [Consulta: enero, 2016].*

Senado Conservador, “Sesión 403, ordinaria, 19 de noviembre de 1821”, en: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, *Historia Política Legislativa del Congreso Nacional de Chile*, Disponible en: [http://historiapolitica.bcn.cl/historia\\_legislativa/visorPdf?id=10221.3/31962#f=0,p=1,s=2,mes=11,agno=1821,totalres=0](http://historiapolitica.bcn.cl/historia_legislativa/visorPdf?id=10221.3/31962#f=0,p=1,s=2,mes=11,agno=1821,totalres=0) [Consulta: enero, 2016].

#### iii. Museo Nacional de Medicina

*Reglamento del Hospital San Francisco de Borja [manuscrito], Santiago, [1785], Museo Nacional de Medicina, Fondo Hospital Francisco de Borja.*

ADAMES, Juan Evangelista, *Expediente formado a representación del Padre Prior de San Juan de Dios de esta capital: en el que se expone el lastimoso estado en*

*que se halla su convento a causa de la epidemia general de viruelas que se padece en todo el Reino [manuscrito], Santiago, 1787- 1788, MNM, FHSJD.*

O'HIGGINS, Ambrosio, *Expediente relativo a la visita del Virrey al Hospital San Juan de Dios y su reedificación [manuscrito], Santiago, 1791, MNM, FHSJD.*

SOTERAS, Sebastián, *Autos sobre el mal gobierno económico del Hospital [manuscrito], Santiago, 1787-1788, Museo Nacional de Medicina, Fondo Hospital San Juan de Dios.*

XIMENES Concha, José Santiago, *Reglamento del Hospital [manuscrito], Santiago, 1802-1803, Fondo Hospital San Juan de Dios, Museo Nacional de Medicina, Universidad de Chile.*

#### **b) Literatura de la época**

*Recopilación de Leyes de los Reynos de las Indias.* Edición facsimilar [1680], Madrid, Consejo de la Hispanidad, 1943.

COVARRUBIAS Orozco, *Tesoro de la lengua castellana o española*, Madrid, Ediciones Turner, 1979.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, *Diccionario de la Lengua Castellana*, 2º edición, Madrid, Impresión Nacional, 1780.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, *Diccionario de la Lengua Castellana*, 3º edición, Madrid, Impresión Nacional, 1791.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, *Diccionario de la Lengua Castellana*, 6º edición, Madrid, Impresión Nacional, 1822.

#### **c) Libros**

ALEMPARTE, Julio, *El cabildo en Chile colonial: orígenes municipales de las repúblicas hispanoamericanas*, 2º edición, Santiago, Andrés Bello, 1966

ANNINO, Antonio; GUERRA, Francois-Xavier Guerra, *Inventando la nación. Iberoamérica siglo XIX*, México, Fondo de Cultura Económica, 2003.

BACHELARD, Gastón, *La poética del espacio*, México, Fondo de Cultura Económica, 1990.

- BARROS, Arana, Diego, *Historia General de Chile*, tomo 7°, 2° edición, Santiago, Universitaria, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, 1999.
- CASAS, Álvaro; ESTRADA, Victoria y MÁRQUEZ, Jorge (editores), *Higienizar, medicar, gobernar. Historia, medicina y sociedad en Colombia*, Medellín, GIHSA Grupo de Investigación Historia de la Salud, Universidad Nacional de Colombia, 2004.
- CASTEL, Robert, (et.al), *Espacios de poder*, Madrid, La Piqueta, 1981.
- CASTEL, Robert, *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*, Buenos Aires, Paidós, 1997.
- CORBIN, Alain, *El perfume, o, El miasma: el olfato y lo imaginario social: siglos XVIII y XIX*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987.
- COSTA, Claudio, *Los estudios médicos en Chile durante la Colonia*, Chile, Talleres de la Sección Educación para la salud, 1961.
- CRUZ-COKE, Ricardo, *Historia de la medicina chilena*, Santiago de Chile, Andrés Bello, 1995.
- DOUGLAS, Mary, *Cómo piensan las instituciones*, Madrid, Alianza Editorial, 1996.
- ELÍAS, Norbert, *El proceso de la civilización: investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*, 2° edición, México, Fondo de Cultura Económica, 1989.
- FERRER, Pedro Lautaro, *Historia general de la medicina en Chile: (documentos inéditos, biografías y bibliografías): desde el descubrimiento y conquista de Chile, en 1535, hasta nuestros días*, Talca, Imp. Talca, de J. Martín Garrido, 1904.
- FOUCAULT, Michel, *Defender la sociedad: curso en el Collège de France (1975-1976)*, México, Fondo de Cultura Económica, 2000.
- FOUCAULT, Michel, *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*, 17° edición, Argentina, Siglo Veintiuno Argentina Editores, 1989.
- GAUNE, Rafael; UNDURRAGA, Verónica (editores), *Formas de control y disciplinamiento*, Santiago, Uqbar Editores, 2014.
- GUARDA, Gabriel, *Historia urbana del reino de Chile*, Santiago, Andrés Bello, 1978

- GUARDA, Gabriel, *La Edad Media de Chile: historia de la iglesia: desde la fundación de Santiago a la incorporación de Chiloé: 1541-1826*, Santiago, CorpArtes, Corporación del Patrimonio Religioso y Cultural de Chile, 2011.
- HOBERTMAN, L.S; y SOCOLOW, S.M., *Ciudades y sociedad en Latinoamérica colonial*, Argentina, Fondo de Cultura Económica, 1993.
- LAVALL, Enrique, Enrique Laval, *Historia del hospital San Juan de Dios de Santiago (Apuntes)*, Santiago, Asociación Chilena de Asistencia Social, 1949.
- LAVALL, Enrique, *Historia del hospital San Francisco de Borja de Santiago (1772 – 1944)*, Santiago, Ediciones Universidad Católica de Chile, 2011.
- LAVALL, Enrique, *Hospitales fundados en Chile durante la colonia*, Santiago, Universitaria, 1935.
- LAVALL, Enrique, *Noticias sobre los médicos en Chile en los siglos XVI, XVII, XVIII y XIX*, Santiago, Universidad de Chile, Centro de Investigación de Historia de la Medicina, 1958-1970.
- LOCKHART, James, *América Latina en la edad moderna: una historia de la América española y el Brasil coloniales*, Madrid, Akal, 1992.
- MOLLAT, Michel, *Pobres, humildes y miserables en la edad media: estudio social*, México, Fondo de Cultura Económica, 1988.
- OLIVER, Lilia, *El Hospital Real de San Miguel de Belén: 1581-1802*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 1992
- ORTGEGA, Luis Ortega, *Para la historia de la orden hospitalaria de San Juan de Dios en Hispanoamérica y Filipina*, Madrid, Secretariado Permanente Interprovincial Hermanos de San Juan de Dios, 1992.
- OTS CAPDEQUI, José María, *El estado español en las Indias*, La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1975.
- SPIERENBURG, Pieter, *Social control in Europe*, volumen 1, Herman Roodenburg y Pieter Spierenburg (editores), Columbus, Ohio State University Press, 2004.
- ROSEN, George, *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*, México, Siglo XXI, 2005.



- SALAS Olano, Eduardo, *Historia de la medicina en Chile: con importantes documentos sobre la medicina de nuestros predecesores*, Santiago, Editorial Vicuña Mackenna, 1894.
- SARRAILH, Jean, *La España ilustrada de la segunda mitad del siglo XVIII*, México, Fondo de Cultura Económica, 1957.
- SOLANO, Francisco (coordinador), *Estudios sobre la ciudad iberoamericana*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Instituto Gonzalo Fernández de Oviedo, 1983.
- TEZANOS Pinto, Sergio, *Breve historia de la medicina en Chile*, Valparaíso, Chile, Editorial Universidad de Valparaíso, 1995.
- TORIBIO Medina, José, *La medicina y los médicos en la Real Universidad de San Felipe: (capítulo de un libro inédito)*, Santiago, Soc. Imp. Y Lit. Universo, 1928.
- VALENZUELA, Jaime, *Las liturgias del poder: celebraciones públicas y estrategias persuasivas en Chile colonial (1609-1709)*, Santiago, DIBAM, LOM Ediciones, Centro de Investigaciones Barros Arana, 2001
- VAN DEUSEN, Nancy, *Entre lo sagrado y lo mundano: la práctica institucional y cultural del recogimiento en la Lima virreinal*, Lima, Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú, 2007.
- VICUÑA Mackenna, Benjamín, *Los médicos de antaño en el Reino de Chile*, Santiago, Editorial Difusión, [1947].

#### **d) Artículos**

- ÁBALOS, Ximena, “Bibliografía para el estudio de la Historia de la Medicina en Chile”, *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, Santiago, año 3, 1961, 267-310.
- CAVIERES, Eduardo, “Epidemias, medicina y sociedad colonial: la plaga de 1779-1780 en Chile”, *Cuadernos de historia*, Santiago, n°. 10, 1990, 87-108.
- COSTA, Claudio, “Antecedentes de la prensa médica chilena. Desde la Imprenta de Heimhausen (1748) hasta el Criticón Médico (1830)”, *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, Santiago, año 3, 1961, 19-206.

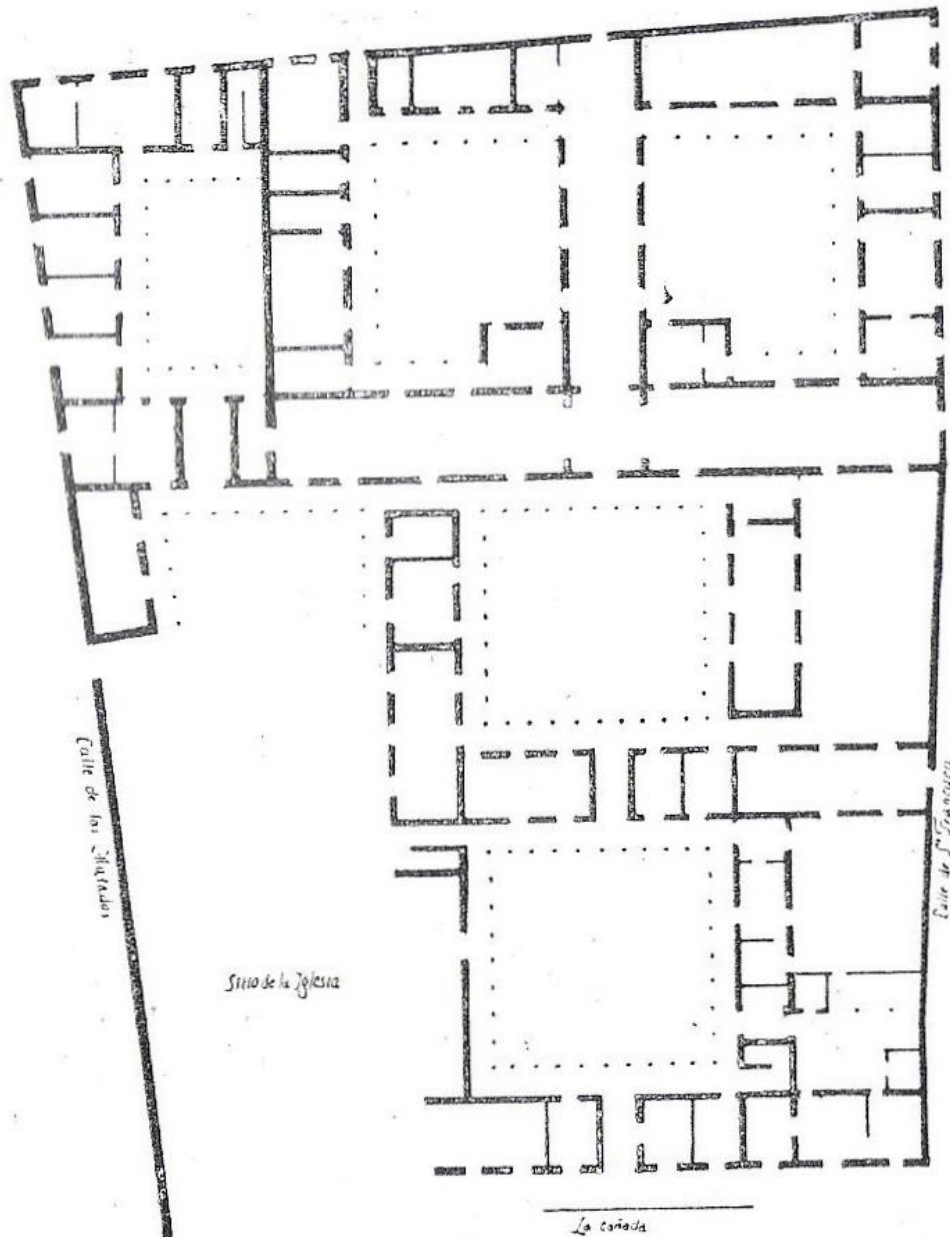
- ECHEVERRI Alzate, Adriana M., “Militares, marineros y pobres enfermos. Contribución a la historia del Hospital San Juan de Dios de Cartagena de Indias (Siglo XVIII)”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, España, vol. 60, n°1, 2008. 203-236. Disponible en: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/viewArticle/250> [Consulta: enero, 2016].
- ECHEVERRI Alzate, Adriana M., “Comer en el hospital colonial: apuntes sobre la alimentación en tres hospitales neogranadinos a finales del siglo XVIII”, *Revista Historia Crítica, Universidad de los Andes de Colombia*, Bogotá, n°. 46, 2012, 18-42. Disponible en: <http://historiacritica.uniandes.edu.co/view.php/741/1.php> [Consulta: enero, 2016].
- FOUCAULT, Michel Foucault, “El sujeto y el poder”, *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 50, n° 3, México, Julio-Septiembre, 1988, 3-20, Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/pdf/3540551.pdf?acceptTC=true> [consulta: enero, 2016].
- FUENTE Galán, María del Prado, “Aportación al estudio de los sectores marginados de la población: pobreza, caridad y beneficencia en la España moderna”, *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, Madrid, vol. 18, n°1, 2000, 13-27. Disponible en: <http://www.adeh.org/?q=es/node/6371> [Consulta: enero, 2016].
- GONZÁLEZ Ginouves, Ignacio, “Enrique Laval: biografía de un realizador 1895 – 1970”, *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, Santiago, año 14, 1972, 9-118.
- HUAIQUIAN-SILVA, J. C., SILES-GONZÁLEZ, J., y VELANDIA-MORA, A. L., “La enfermería de la Orden de San Juan de Dios en el Chile colonial”, *Aquichán, Universidad de La Sabana*, Bogotá, vol. 13, n°2, 2013, 290-300. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2026> [Consulta: enero, 2016].

- LAVAl, Enrique Laval, “Qué es un hospital moderno”, *Publicaciones de la Asociación Chilena de Asistencia Social*, Santiago, Imprenta Universitaria, n°47, 1935, 3-20.
- MANTECÓN, Tomás, “Formas de disciplinamiento social, perspectivas históricas”, *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, vol. 14, n° 2, Chile, 2010, 263- 295.
- PARROCHIA Beguin, Esteban, “440 años de historia: Hospital San Juan de Dios, 1552-1992”, *Boletín del Hospital San Juan de Dios*, vol.40, no.1, 1993, 4-62.
- VALENZUELA, Jaime, “Conflicto y equilibrios simbólicos ante un nuevo actor político: la Real Audiencia en Santiago desde 1609”, *Cuadernos de Historia*, Santiago, n° 18, diciembre, 1998, 115-138.
- VALENZUELA T., Daniel, ZÚÑIGA H., Felipe y ZÚÑIGA R., Sergio, “Doscientos años de la enseñanza de medicina. La experiencia chilena como ejemplo de los procesos de independencia hispanoamericana y los cambios en educación médica”, *Bordón. Revista de pedagogía*, España, vol. 62, n°2, 81-92. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3235623> [Consulta: enero, 2016].
- ZÁRATE, María S., y CAMPO, Andrea, “Curar, prevenir y asistir: Medicina y salud en la historia chilena”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos [en línea]*, Débats, 2014. Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/66805#quotation> [Consulta: enero, 2016].

**e) Tesis**

- ARENAS, Maritza, *Organización hospitalaria en Chile durante el siglo XVIII. Abastecimiento y alimentación*, tesis para optar al grado de licenciado en historia, Santiago, Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Departamento de Ciencias Históricas, 1996.
- CAFFARENA, Paula, *Viruela y Vacuna. Difusión y circulación de una práctica médica. Chile en el contexto Hispanoamericano 1780 – 1830*, tesis para optar al grado de doctor en historia, Santiago, Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política, Instituto de Historia, 2015.

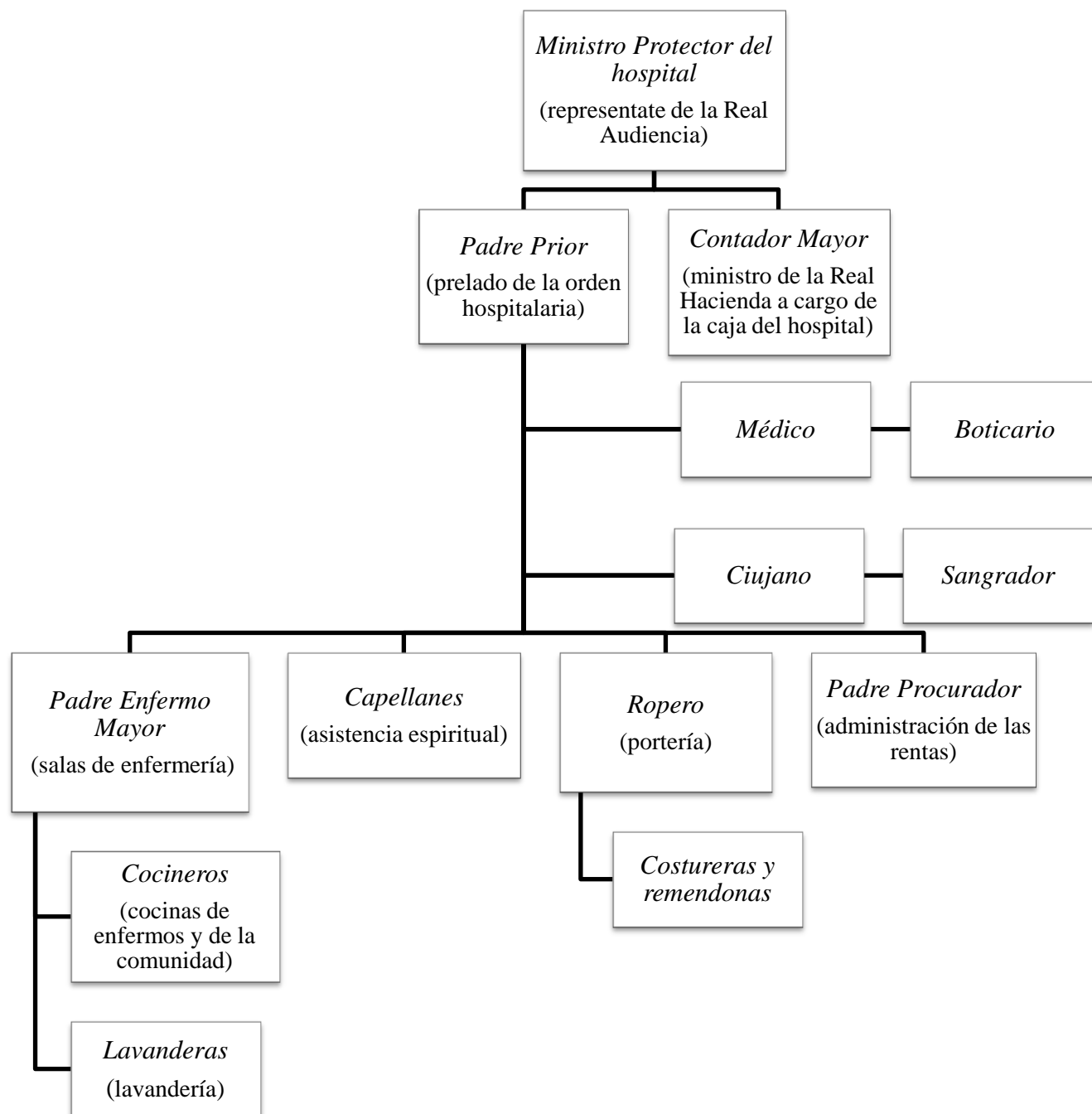
**ANEXO 1:** Plano del convento y hospital San Juan de Dios de Santiago construido en 1799 por el arquitecto Joaquín Toesca<sup>220</sup>



Plano del Convento y Hospital de S. Juan de Dios en la Ciudad de Santiago de Chile.

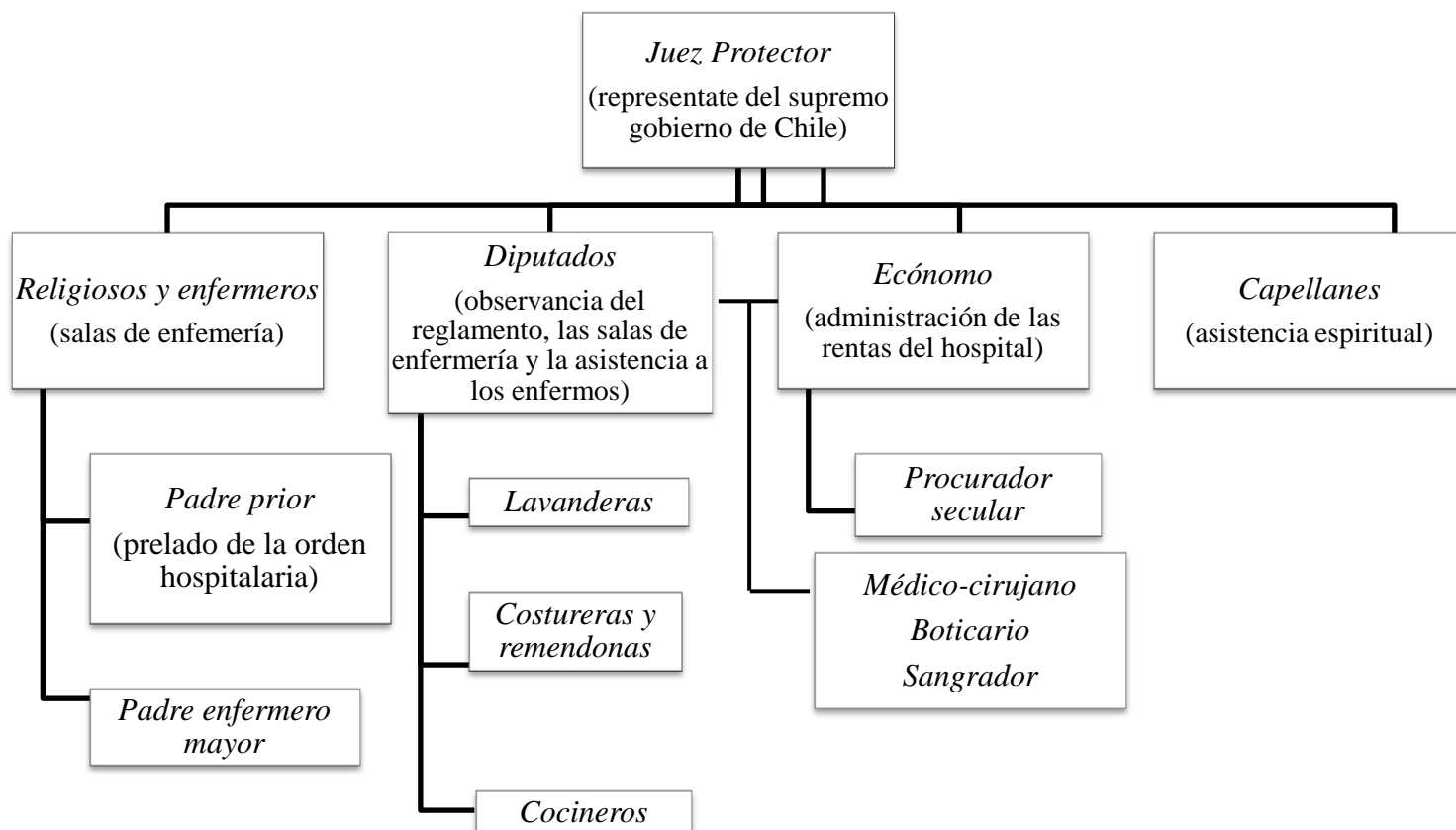
<sup>220</sup> En: Laval, "Historia del hospital San Juan...", *Op. Cit.*, p. 83.

**ANEXO 2:** Organigrama de la administración del hospital San Juan de Dios de Santiago según el reglamento del ministro protector José Santiago Concha Ximenes Lobarón de 1802<sup>221</sup>



<sup>221</sup> Elaboración propia en base a: Concha Ximenes, *Op.Cit.*, sin foliar.

**ANEXO 3:** Organigrama de la administración del hospital San Juan de Dios de Santiago según el reglamento del Senado Conservador de 1821<sup>222</sup>



<sup>222</sup> Elaboración propia en base a: Senado Conservador, *Op.Cit.*

## ÍNDICE DE TABLAS Y ANEXOS

Tabla 1: Religiosos en el hospital San Juan de Dios de Santiago en 1748.

Tabla 2: Lista de los religiosos y seculares que trabajaban en el hospital hacia 1791 considerando salarios diarios y mensuales.

Tabla 3: Itinerario de las visitas anuales a realizarse en el hospital San Juan de Dios de Santiago según el reglamento de 1821.

ANEXO 1: Plano del convento y hospital San Juan de Dios de Santiago construido en 1799 por el arquitecto Joaquín Toesca.

ANEXO 2: Organigrama de la administración del hospital San Juan de Dios de Santiago según el reglamento del ministro protector José Santiago Concha Ximenes Lobarón de 1802.

ANEXO 3: Organigrama de la administración del hospital San Juan de Dios de Santiago según el reglamento del Senado Conservador de 1821.