

Hospital del Salvador: una remodelación, tres miradas

Francisca Quezada

Artículo producido a partir de tesis de Magister

Profesores guía: Cristóbal Amunátegui, Rodrigo Pérez de Arce

Datan de 1938 una serie de planos de la renovación del Hospital del Salvador de Santiago, perteneciente al área sur del edificio. Se propuso una renovación total de los pabellones de medicina interna y cirugía además de policlínicos y recintos anexos. Estas transformaciones fueron realizadas en respuesta al deterioro material de la estructura antecesora y a la creciente demanda por mayor espacio, junto con su tecnificación. Se materializaron, como cuasa de estos cambios, ocho patios independientes y desarticulados.

El quiebre de relaciones entre el exterior e interior, producto de estas remodelaciones, se puede explicar a través de los avances y los descubrimientos científicos que fijaron parámetros físicos y ambientales de los recintos hospitalarios. El traspaso de una teoría de miasmas a una teoría de contacto implicaría tanto un cuestionamiento del rol del aire en las prácticas médicas – y por lo tanto del uso y diseño de los patios – como también la introducción de métodos para prevenir la transmisión de gérmenes – la asepsia y la antisepsia.

La nueva fisonomía del hospital, establecida por la renovación del Salvador, transformó el carácter de patio redefiniéndose como un espacio de contemplación desde las habitaciones y su cierre lo transformó en un recinto – o precinto – más de la organización hospitalaria. Por otro lado, las relaciones entre los cuerpos enfermos cambiaron producto de la nueva disposición de las salas dentro de los pabellones, que fueron organizados en habitaciones más pequeñas pero manteniendo una relación meramente visual con el exterior, siendo el patio el objeto de las miradas. La vista y el cierre serán la clave para exponer el modo en que los cuerpos se organizaban en torno al patio, y el carácter que este adoptó producto de esto. Se conforma así un relato sobre las miradas dentro del Hospital del Salvador.

El Hospital del Salvador, no ha sufrido una sola, sino constantes remodelaciones en su infraestructura. Hoy es una mezcla de proyectos diferentes, fragmentos de historia y fragmentos de reflexión científica. Su plano (FIG. 02) se puede leer como un relato de la historia médica: el pabellón higienista, el cierre aséptico y la torre moderna; la aparición de cada uno significaría el cuestionamiento y la eventual obsolescencia del sistema que le precede y una cierta adaptación que garantizará su permanencia.

Para 1938, el estado general del Hospital mostraba dos modelos médicos: los pabellones higienistas en el sector norte y un sistema de cierre aséptico en el sector sur. La teoría de los miasmas² había sido la base sobre la cual se construyera el edificio original. Esta consideraba que la putrefacción del aire era la causante de las enfermedades; por ende, se luchaba contra los espacios de aire viciados, poniendo en énfasis la correcta ventilación de los espacios de los enfermos. Es así que las salas contarían con un sistema de ventilación adecuado y la disposición general del hospital beneficiaba el intercambio de aire.

A partir de esas premisas es que el edificio, finalizado en 1903, presentaba la disposición de pabellones en paralelo. Dividido en dos áreas – norte para mujeres y sur para hombres – los pabellones se disponían en torno a un parque central distanciándose entre ellos, lo suficiente para que cada uno recibiera un adecuado asoleamiento y no se cortaran las corrientes de aire. Era un momento en el que los patios adquirieron un rol específico asociado a las teorías científicas dentro de los hospitales. No eran elementos reducibles, pues su correcta disposición y diseño garantizaban las condiciones adecuadas para la salud.

50 - 70 camas alrededor del patio del hospital, buscan en el exterior un contraste que les permita el paso de las horas, una imagen que los transporte y los acompañe.

50 - 70 camas en nueve salas, en dos pisos, un patio.
Un patio, 55 ventanas, 70 miradas.

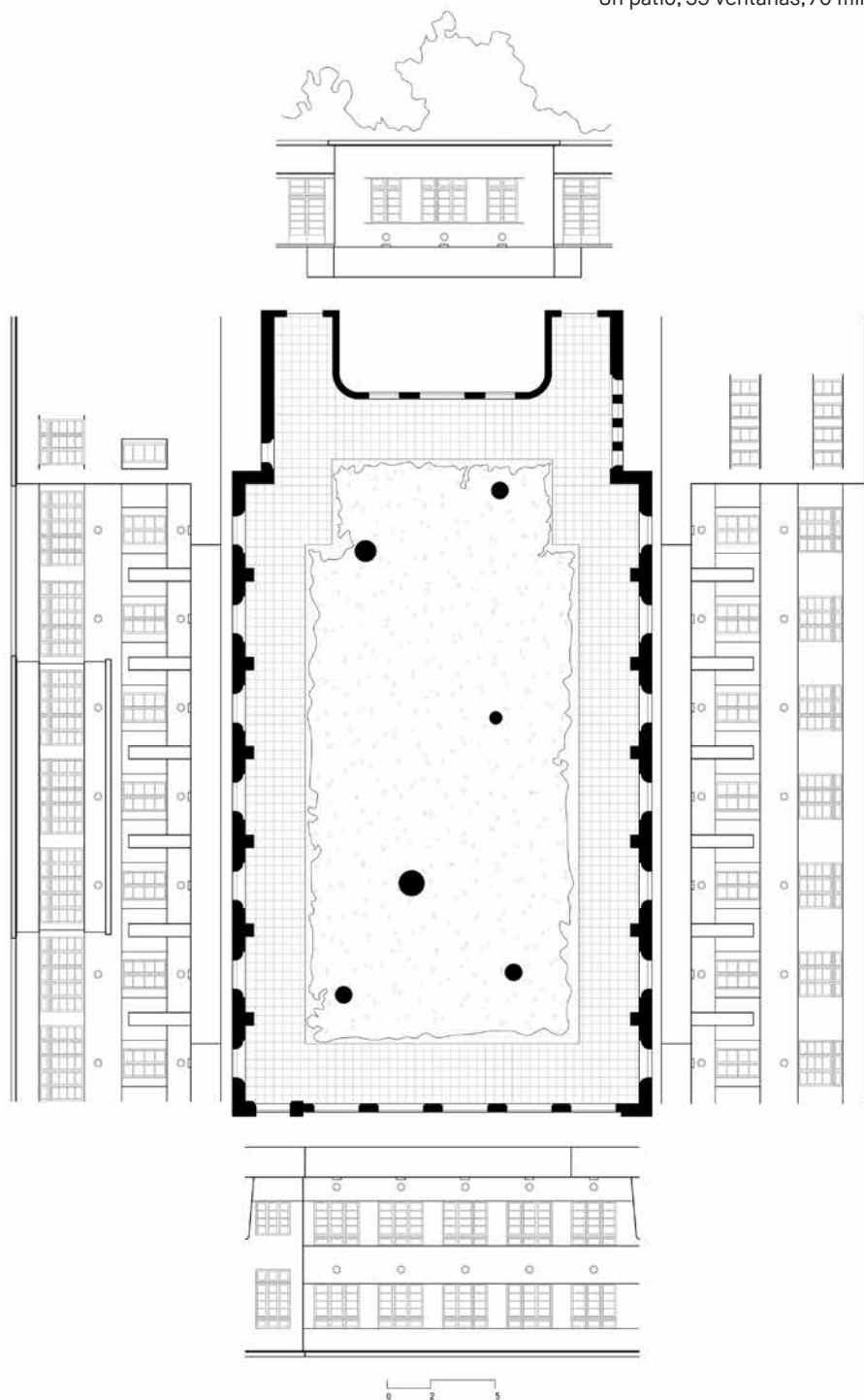


FIG. 01: Superficie Explotada. Patio sector sur H.S. Elaboración propia, base del plano de Ampliación de 1935, 2019.

Por otro lado, las modificaciones realizadas en 1938 al hospital fueron una respuesta necesaria a la demanda y a la modernización de la infraestructura médica. El cierre de los patios significaría una negación de estos como elementos terapéuticos y la sistematización de los espacios interiores introduciría nuevos modos de entender

la relación entre los pacientes y el hospital. Cambió el modo de entender la observación en relación a los cuerpos enfermos. El dominio, las observaciones y la contemplación se introducen para entender el modo en que las nuevas prácticas médicas condicionaron tanto los recintos como los cuerpos.

CIERRE

...que costó convencer a la gente de la existencia de los microbios, como no los veían y nosotros los jóvenes los veíamos en todas partes; nos creían perturbados, alucinados; en 1879 me caricaturizaron matando con una escopeta, microbios a diestra y siniestra³.

Los causantes de las enfermedades ya no eran los miasmas, sino los gérmenes. Para 1870s Joseph Lister vincularía los descubrimientos de Pasteur con la medicina, atribuyéndole a los microorganismos que se transmitían a través del aire la putrefacción de las heridas. Nace así la antisepsia, como el método para evitar el contagio de los gérmenes desde el medioambiente a las heridas, buscando obstruir los caminos de contacto y atacándolos a través de agentes de desinfección, ya fueran paralizantes, coagulantes u oxidantes⁴.

El aire, como era entendido previamente, entra en cuestionamiento, si bien era el medio donde estaban presentes los microorganismos, para los higienistas era considerado como un agente de antisepsia: la ventilación permitía diluir y dispersar los microbios, oxidando las moléculas orgánicas⁵. Se debía cuidar del material particulado en suspensión, pero aparte de ello, seguía siendo un factor de diseño para los hospitales.

En 1890s los estudios de Robert Koch plantearían que el contagio de los gérmenes no es a través del aire sino por medio del contacto. Aparece la preocupación por los recintos hospitalarios, diferenciando aquellos limpios de los sucios. La asepsia buscaría crear ambientes libres de gérmenes, a través de la limpieza y esterilización de las superficies de contacto, tanto de implementos como de los recintos mismos. Se buscaban soluciones constructivas que permitieran garantizar la limpieza constante, tales como la preferencia por esquinas curvas – los ángulos eran difícil de limpiar y albergaban microorganismos – y los materiales impermeables – se descartó la madera, ya que al ser un material poroso, daba cabida a los gérmenes⁶.

Este cambio hacia la teoría de contacto⁷ significaría que el aire no aseguraría suficientemente el control ambiental como para prevenir los contagios. El rol del aire en los hospitales cambió, desde un elemento terapéutico, como era considerado por los higienistas, a ser una herramienta más dentro de los procedimientos que buscaban la configuración de un medio libre de gérmenes. La ventilación natural – inicialmente considerada como el mejor antiséptico – perdería su lugar frente a los agentes químicos y a las estrategias de asepsia. Es así que prefirieron las barreras físicas entre espacios como método de evitar los contactos, diseñando espacios de descontaminación entre recintos limpios y contaminados⁸.

En los planos de 1938, se puede ver una adopción de las ideas asepticas en el diseño de

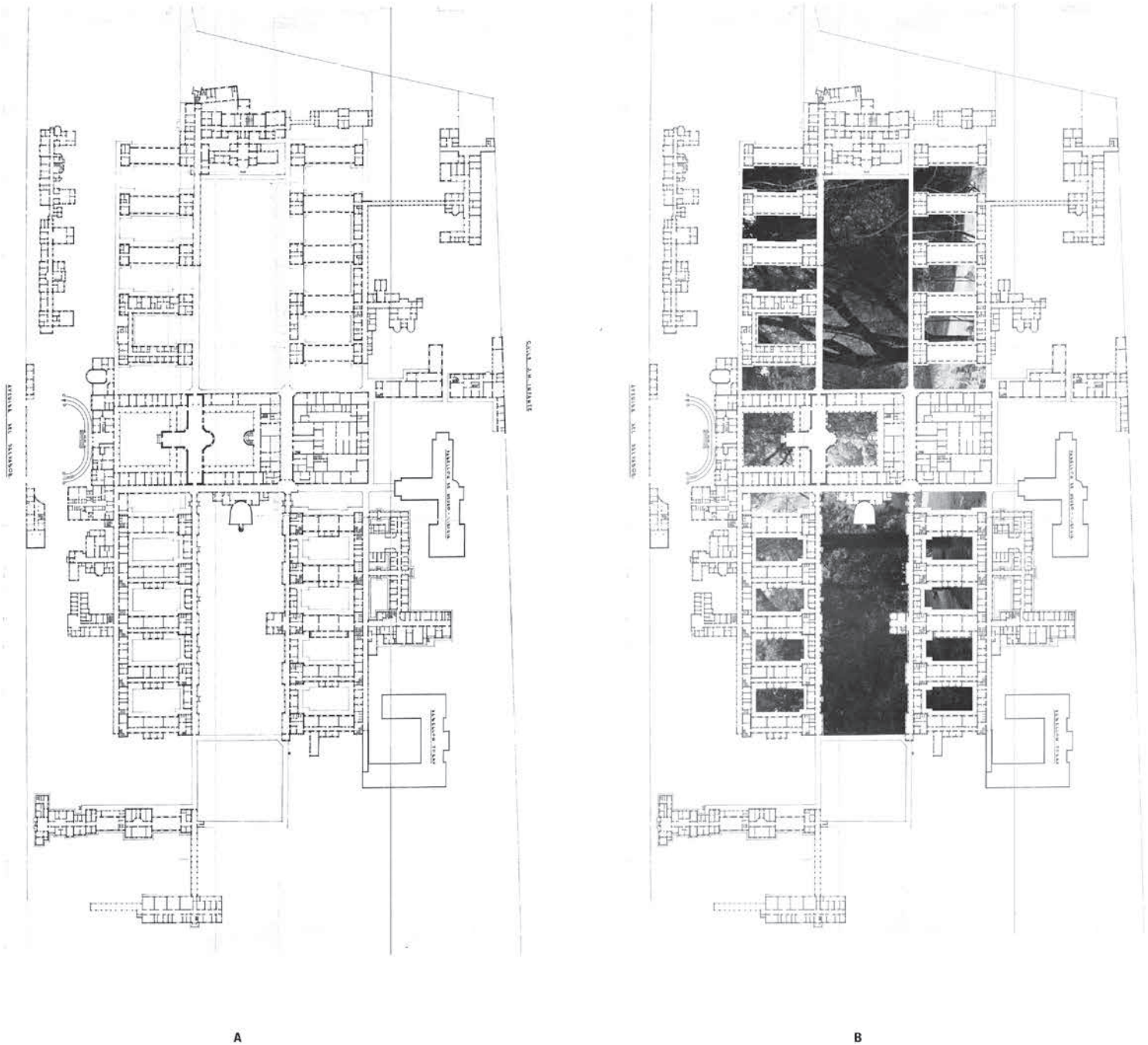


FIG. 02: A. Plano General Hospital del Salvador 1950-1960; B. Patios Hospital del Salvador (patios entre pabellones, parque y patio administración); C. Recorte patios Hospital del Salvador, arriba sector norte (patios originales), abajo sector sur (remodelación 1938). Elaboración propia, base Plano General Hospital del Salvador, 2019. En: Archivo Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud MINSAL.

los recintos, en su búsqueda de garantizar un interior controlado. La ventilación natural, tan importante en el diseño original, no fue considerada en las remodelaciones: los corredores se cierran impidiendo un correcto flujo del aire. La configuración de los patios como unidades amuralladas y desconectadas del resto sería la afirmación final de un cambio de paradigma. Con la renovación del área sur del Hospital del Salvador aparecerían diez nuevos patios. La edificación previa a la fecha constaba con ellos pero su definición no estaba tan clara como cuando se ampliaron los pabellones. Estos patios se definen al

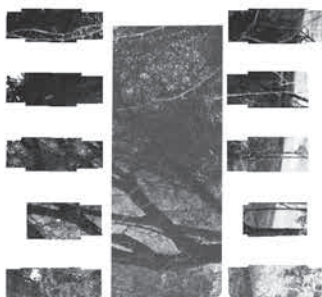
ser delimitados, al aislarlos del parque para poder indentificarlos como elementos autónomos.

La relación entre las partes – pabellón, patio y corredor – se desarticuló, en pos de una definición de cada elemento por separado. El pabellón se definió como una estructura aislada del exterior, limitándolo sólo a visión y asoleamiento. El corredor se vio poblado por recintos auxiliares de los pabellones como oficinas o salas para exámenes, estableciéndose como el espacio de servicios por excelencia. Mientras tanto, al perder la conexión con el parque, el patio se vio definido por los

muros de los pabellones y corredores como aquello que queda ‘entre’ las construcciones. De este modo, el espacio exterior y el interior quedaron formalmente definidos: el espacio cerrado como aquello con programa y donde se desarrollan las labores hospitalarias; y los patios como el espacio abierto supeditado al interior como fuente de contemplación y asoleamiento.

La asepsia en Hospital del Salvador fue implementada así, a través del aislamiento y la discontinuidad. Las nuevas barreras físicas propuestas significarían tanto una separación del

¿Cuánto va a durar la actualidad, la modernidad del hospital que construiremos hoy, eterno en su materialidad? No lo sabemos ni somos optimistas al respecto. Sólo que procuramos, al plantearlos, captar las necesidades actuales y prever las de un futuro que nos concierne¹.



C

exterior como también de los cuerpos del interior. La primera medida fue definir el espacio del patio hasta tal punto que podía ser visto como un recinto más, que, dadas sus características, sería un ambiente sucio de acuerdo a los preceptos asépticos. Luego los espacios interiores se unificarían al incorporar las circulaciones dentro de su sistema cerrado para posteriormente ser subdivididos entre recintos de atención o de servicio, en espacios limpios o en espacios sucios, haciendo un énfasis en la existencia de un control de ingreso y de traspaso entre ellos.

DOMINIO

La clásica sala común fue reemplazada, en el Hospital del Salvador, por una serie de pequeñas habitaciones. El pabellón fue subdividido en unidades menores que podían comprender la crujía entera de la sala (como en el primer nivel) o sólo una parte, dispuestos en torno a un pasillo. El ordenamiento de los cuerpos enfermos es un ejercicio de disciplina sobre ellos. El cambio en la forma traería consigo un modo diferente de dominio y la introducción de nuevos factores y entidades.

En la historia de la tipología de los hospitales la imagen de la sala común es conocida, una cama al lado de otra, un enfermo al lado de otro, y de otro, y de otro; los cuerpos se disponen repetitivamente dentro de una gran sala que permite verlo todo. Según Michel Foucault en *Vigilar y Castigar: el nacimiento de la prisión*, esta organización corresponde a un método de orden que él define como el encaje espacial de las vigilancias jerarquizadas, donde la visibilidad es elemento clave para el ejercicio de poder sobre un otro. De este modo, se habla de una arquitectura cuyo énfasis es permitir un control interior, articulado y detallado; una arquitectura que opera para la transformación de los individuos. El hospital, es visto bajo esta premisa y debe ser comprendido como un instrumento de acción médica que debe permitir una correcta observación de los enfermos. Para un buen seguimiento y modificación de los cuidados, debe impedir los contagios mediante la separación y clasificación de los enfermos; en fin, el hospital en palabras de Foucault se convierte en un operador terapéutico⁹.

Considerando la definición de Foucault, la sala común es un dispositivo explícito del encaje visual, al permitir al personal médico una identificación inmediata de los enfermos con sólo entrar a la sala¹⁰. La subdivisión de esta significaría la pérdida de la figura del vigilante omnipotente, introduciendo nuevas lógicas de control, una en donde el control visual es reemplazado por la estructura y la rutina médica.

En dirección del costado izquierdo, desde varias camas más allá, lo hablaron:

— 21. ¿viene usted enfermo del corazón?

Tardó un rato en contestar:

— Perdone, señor, no me había dado cuenta que era a mí. Es primera vez que me llaman por el número de la cama.

Se rieron.

— Al principio se extraña; pero ligerito se acostumbra¹¹.

Enfermos nombrados por los números de sus camas, es el modo que el escritor Juan Modesto Castro usa al

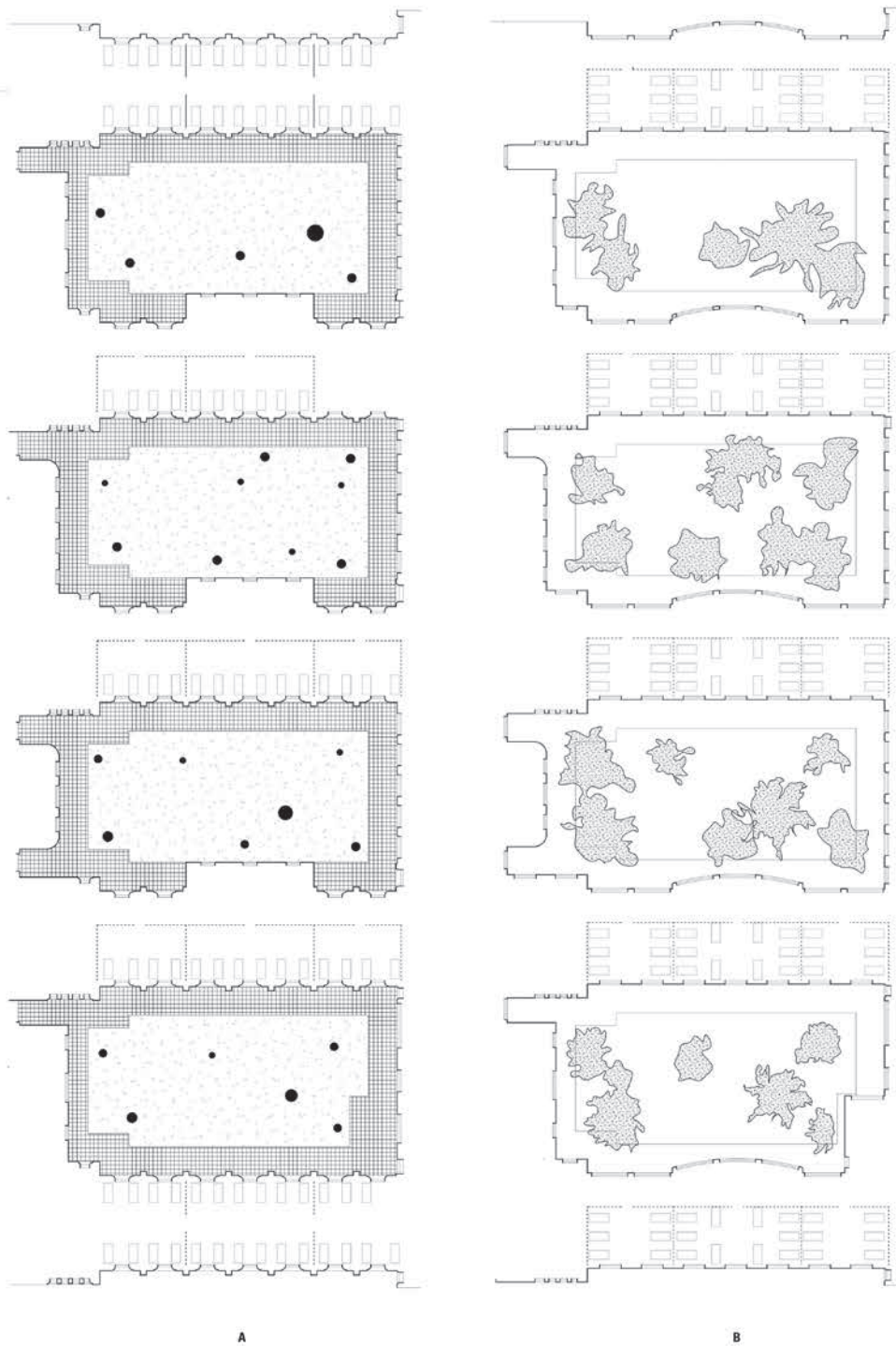
relatar la estadía del protagonista de *Agua estancadas* en el Hospital del Salvador¹². Esta deshumanización del introducir a un esquema de organización de los cuerpos de clasificación y dominio.

Fueron dos tipos de organizaciones de salas las que emergieron después de la renovación del Hospital del Salvador: la subdivisión del pabellón en unidades de salas sucesivas (que utilizaban toda la crujía) o la disposición de habitaciones en la fachada norte conectadas a través de un pasillo [FIG. 03]. La primera modalidad aparece principalmente en el primer piso del hospital, aproximándose más a la imagen de la sala común, solo dividida mediante paneles. La segunda, en cambio, habla de una diferenciación de la fachada: al norte se ubican las habitaciones pues les garantiza un asoleamiento constante, mientras que para el sur se dejan los pasillos que conectan estas salas de menores dimensiones que en la primera modalidad.

El cuerpo enfermo se va separando e individualizando a través de estas habitaciones. Su mundo interior se limita a esta forma determinada por la rutina médica. Es la enfermera, cuya sala se ubica en los cabezales de los pabellones, quien a través de su ronda de revisión vigila cada cierto tiempo a los cuerpos que están dentro de las habitaciones. Esta subdivisión del espacio responde además a las ya mencionadas estrategias de la asepsia, al buscar una mayor separación entre los enfermos y un mayor control del estado de las salas. Las salas de las enfermeras ubicadas en los cabezales serían barreras pasivas que servirían de punto de control de quienes podían entrar o no a la sala de los enfermos¹³.

Al organizar a los enfermos en las habitaciones se les clasifica y son dispuestos en un espacio delimitado, bajo una relación de clausura. Por clausura se entenderá lo propuesto por Roland Barthes en su libro *Cómo vivir juntos* en donde la define como: "Clausura/(E)tológica: el territorio no es solamente defendido, también es señalado... De allí, dos funciones de la clausura (en su relación original con el territorio): de protección, de definición"¹⁴. Es la definición del espacio de los cuerpos enfermos y la definición que quienes pertenecen a uno u otro – su clasificación – lo que hace este término aplicable al Hospital del Salvador.

Seis u ocho enfermos como máximo son dispuestos en una habitación a la espera de la atención médica. Su comportamiento está limitado por un sistema que los clasifica y define, bajo unas ciertas reglas de comportamiento dentro de una institución de este tipo. Ya sean pacientes hospitalizados o breves visitas ambulatorias, el enfermo está dispuesto en un espacio cuya definición formal es de la clausura. El significado de clausura que propone Barthes proviene de un estudio de rasgos de la vida en común que ven – según él – su origen directo en las organizaciones monásticas, bajo la imagen del monaquismo oriental o precenobíticas, en conjunto con el análisis de espacios que hablan del vivir en comunidad o en soledad¹⁵.



8 patios. Cuatro para cirugía y cuatro para medicina interna. Se delimita el espacio, se fragmentan las relaciones de continuidad. Se separan los patios del parque, se dividen las salas comunes.

3 habitaciones fueron anteriormente una sala común.

Una habitación con un solo lado hacia el patio.

FIG. 03: Camas en torno al patio. Plano Patios Ampliación sector de Medicina Interna. A. Primer Piso, B. Segundo Piso. Elaboración propia, base plano de Ampliación de 1935, 2019.

El hospital presenta la dualidad del enfermo individualizado, pero al mismo tiempo regido por las normas de una comunidad – esto se hace más claro en instituciones de larga permanencia, donde se diferencian claramente los espacios propios, la habitación, de los comunes; se individualiza en la

camilla o cama pues la sala lo pone en relación con los otros.

El uso de los sistemas monásticos como medios para entender el comportamiento humano en comunidad se hace presente también en Giorgio Agamben, en *Altísima Pobreza*. A través del estudio de las ordenes

monástica expone cómo se desarrolló una *forma-de-vida*⁶, en donde la vida está totalmente ligada a la forma, a la regla y cómo los monjes logran articular esto para poder llevar una vida en común. Bajo el sintagma *vita vel regula, regula et vita, regula vitae*, Agamben propone que el logro de los monjes no es una relación forzada entre vida y regla sino la aparición de un tercer elemento que actúa como un aparato que regula y permite la vida en común⁷. El análisis biopolítico que desarrolla el autor, presenta interés en el ámbito hospitalario como un punto de partida para analizar el modo en que la acción médica influye en el comportamiento de los enfermos frente a un poder soberano que sería representado por las rutinas médicas.

La cama, dentro del hospital, significa un cuerpo y su disposición, el modo de relacionarse. Al ver la organización de las camas dentro del sistema observamos tanto la sistematización física como la visualización de una rutina médica repetitiva en torno a ellas. Se agrupan, se separan, se clasifican, se controlan. El control visual ha sido trasladado a un control temporal en el establecimiento de rondas médicas, la repetición constante y la organización del día en torno a ella.

La coincidencia formal en el modo de disponer las habitaciones del pabellón en torno al patio tal como las *cellas* monásticas, permite generar una reflexión sobre el modo de comportamiento en comunidad en un sistema – el hospitalario – que articula tanto individuo y grupos bajo un sistema de reglas de procedimientos médicos – lo técnico – lo cual define una forma arquitectónica que desprende sus propias normas de habitar en comunidad – la forma-de-vida.

Nos hemos cuestionado cómo la organización de los cuerpos y el encaje visual ha generado un sistema de control sobre los enfermos. La observación se presenta como un elemento clave para entender el dominio y el modo de relacionarse los cuerpos. Una análisis de la palabra anglosajona *observation* es la que lleva a cabo Lorraine Daston en el libro *Histories of scientific observation* trazando la evolución del concepto y sus diferentes acepciones. Una primera definición es la que se desprende de observación⁸ en su duplicidad, tanto como *observance* – referido a la adopción de normas, reglas – y como *observation* – una mirada atenta⁹. Tal cómo se ha expuesto, los cuerpos dentro de los pabellones del Hospital del Salvador están en un constante estado de obediencia ante unas normas propuestas por la institución médica y el edificio, es decir, *Observance*.

El Hospital del Salvador servía como hospital clínico, ya que estudiantes de Medicina de la Universidad de Chile eran parte del funcionamiento cotidiano. Las rondas médicas eran el método de primera aproximación de los estudiantes a los pacientes quienes, acompañando a los doctores, presentaban sus diagnósticos y aprendían a través del cuerpo del enfermo. Se posicionaban a un costado de las camas, observaban los síntomas y el estado del paciente. La observación como parte del

diagnóstico clínico se conformaba como el método de enseñanza y las descripciones generadas a partir de estas, se convirtieron en un archivo de publicaciones sobre la práctica.

En su texto *El nacimiento de la clínica* Michael Foucault realiza un análisis sobre la mirada médica, explicando cómo el modo de entender la percepción de la enfermedad ha estructurado la historia de la medicina. En un periodo y espacio de tiempo específico – Francia a finales de siglo XVIII e inicios siglo XIX – el concepto de la clínica es continuamente reformulado y puesto en valor o no, como medio para educar médicos. La clínica es entendida como la parte práctica de la enseñanza médica, en donde el estudiante está en contacto con el enfermo, a través de diagnósticos y tratamientos; lo que la reformula constantemente es la conceptualización de la mirada, de la observación con respecto al enfermo y cómo esta se adapta a una cierta espacialización²¹ de la enfermedad. Dentro de las reformas educacionales de la medicina durante la Revolución francesa²² la clínica es descrita bajo dos partes: frente a la cama de cada enfermo, donde se lo interrogaría para examinarlo y una segunda en el anfiteatro donde el profesor hará un recuento de las enfermedades observadas, sus correspondientes causas, tratamientos y pronósticos²³.

Bajo esta estructura Foucault plantea la relación de la observación de la enfermedad como método de obtención de la verdad, en donde no hay un lenguaje intermediario, sino relación médico-paciente.

Se trata, en ausencia de toda estructura anterior, de un dominio en el cual la verdad se enseña por sí misma y de la misma manera a la mirada del observador experimentado y a la del aprendiz todavía ingenuo; para el uno y el otro no hay sino un lenguaje: el hospital, en el cual la serie de los enfermos examinados, es para ella misma una escuela²⁴.

Anales, anuarios, revistas médicas, allí fueron a parar las experiencias del hospital, el rol de la descripción sería la materialización de los conocimientos adquiridos durante la clínica. Una serie de notas que reflejaban el modo de entender la observación durante el proceso clínico cae en lo descrito por Gianna Pomata en *Histories of Scientific Observation*. La connotación que plantea para *observation* es la de *observations* derivado del uso empírico y que refiere a las notas, vinculando directamente su desarrollo a las ciencias y medicina²⁵. Se observa detalladamente y se registra objetivamente las condiciones de los pacientes.

CONTEMPLACIÓN

El horizonte de Valdebenito es limitado. El capricho de la vista que se pierde en todas direcciones internándose en la distancia, aquí no existe. Sólo se divisa espacio dentro de un marco de líneas geométricas.

Tres grandes ventanales al patio, cada uno con doce vidrios iguales y simétricos lo ponen en contacto



FIG. 04: Pabellón Hospital del Salvador, c. 1910. © Archivo Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud.



Se acercaba una algazara por la galería. Silencio expectante. Un grupo de médicos entró como una móvil mancha blanca, se hacía compacta, se disgregaba; a ratos uno se separaba para luego volver a juntarse. Eran ocho personas. Siete hombres y una mujer...
... El Profesor era un hombre de alta estatura, amplia frente, proporcionado rostro, bien formado, macizo, de pesada esbeltez. Vestía de negro, y el delantal sin abrochar, dejaba la impresión de quedarle estrecho. Un poco ronco el metal de su voz, opinaba dando razones, al parecer convincentes que nadie refutaba. Cuando los términos técnicos no figuraban en su disertación, la lógica de su razonamiento tenía nitidez matemática...
...Pequeña la cara de pómulos rosados, un poco cargadas las espaldas, hacía observaciones ininteligibles para los enfermos...
...El Profesor los interrogaba continuamente. Aceptaba sus respuestas y reforzaba a veces sus deducciones...
...Sus opiniones las expresaba cargadas de yo: Yo estimo./ Yo creo./ Yo pienso./ Yo opino. Yo haría...
La visita ha terminado. No queda en la sala gente de pie, no hay bullicio: es un murmullo el que ahora predomina. Los pacientes comentan con sus vecinos cuanto el grupo ha hablado junto a ellos. Es como una conversación en privado. Una preparación para lo que se hablará más tarde en conjunto²⁰.

FIG. 05: Médicos del Hospital del Salvador (Miguel Rubio, s.f.). © Colección Museo Histórico Nacional.



El catre, al lado de la luz, le permitía ver la gran palmera que crece al centro del patio y parte de los praditos de trébol que hay alrededor. Una señora entretenía su ocio mirando a los gorriones que se movían desde las manchas verdes a la palmera²⁷.

FIG. 06: Recorte ventanas patio sector sur H.S, 2019. Elaboración propia, basado en fotografía de Paula García publicada en: Frick, Pamela. *Hospitales; entre la resistencia y la resiliencia*, Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud, MINSAL, Chile, 2018.

con el exterior. Parte de ese espacio, que se ve como por alineados y verticales pancitos de azúcar, se termina en las galerías de las construcciones del frente, y la vista se desborda sobre los perfiles de los tejados; más allá, en el fondo el macizo de la torre, después el cielo, inmensidad, lejanía sin cenit. Los ojos buscan la luz hacia las alturas, hacen comprender que se terminaron las ventanas; y sobre la vista y las esperanzas, cae implacable, achatándolo todo, el techo de la sala pintado con blanco y desabrido color²⁶.

La desarticulación con las otras partes – pabellón y corredor – lo excluye del resto del hospital dejándolo como un espacio aislado, entre los muros y el cielo. Son estos muros que no son paños ciegos, sino más bien de una variedad de ventanas y vanos, que en sus disposiciones hacia el patio establecen una relación de observación con él. Poniendo en diálogo el cuerpo disciplinado por una ‘forma de vida’, que habita en el interior con un afuera que le es ajeno.

A pesar de lo residual de la condición del patio, es a través de las ventanas que permite posicionarse como una herramienta más al servicio de los pacientes. Se produce una apertura limitada – referido a lo visual – a través del patio, de los sistemas cerrados preponderantes en las edificaciones circundantes. Se observan los otros pabellones, se hace conciencia de un sistema que funciona más allá de la sala, pero a la vez se ratifica los límites de su espacio de permanencia, de su recinto de control. A los enfermos dispuestos las camas, el exterior se les presentaba como un elemento de ocio, como un ejercicio mental dentro de su normada estadia.

El ejercicio de observación bajo su acepción de *observation* se establece como el modo de relacionarse con el patio. El exterior contenido se transforma en el objeto de las miradas atentas de los cuerpos que están postrados.

Nuevas salas, mayor capacidad de atención, recintos más modernos. Una remodelación que puso en práctica los avances de la medicina, en eso se puede traducir los planos de 1938. Pero no sólo significó un cambio físico, sino también un cambio en el modo en que el recinto hospitalario condicionaría la relación de los cuerpos que día a día se atendían en él.

Cuerpos que se someten a las rutinas médicas y entran en un ritmo de control y dominio. Cuerpos que son vistos, analizados y descritos. Cuerpos que miran, que buscan fuera de los límites de sus salas un escape.

NOTAS

1- GONZÁLEZ, Ignacio. *La evolución de la arquitectura hospitalaria en Chile* (Santiago: Asociación Chilena de asistencia social, 1944), 29.

2- Miasma: aire corrupto o putrefacto que emanaba de las heridas o cadáveres. Se consideraba a estas como el medio de infección y transmisión de enfermedades, por lo cual se optaba por estrategias de ventilación en los recintos para evitar la acumulación de estas emanaciones. osorio, Carlos. "Una notable convergencia semántica: infección y miasma". *Revista Chilena de Infectología* 35 (2018):75-77.

3- LAVAL, Enrique. "El método antiséptico de Lister y su introducción en Chile". *Revista Chilena de Infectología* 20 (2003):119.

4- PUGA, Federico. *Elementos de higiene* (Santiago: Imprenta Guttenberg, 1891), 383-385.

5- *Ibíd.*

6- KISACKY, Jeanne. "Germs Are in the Details: Aseptic Design and General Contractors at the Lying-In Hospital of the City of New York, 1897-1901". *Construction History* 28, 1(2013): 83-106.

7- En 1878 Robert Koch demostró que en los organismos enfermos residían gérmenes que podían ser transmitidos directamente a través del contacto físico. En la piel existían gérmenes que transmitían enfermedades. Este cambio en la teoría de transmisión se traduciría en la preocupación en los hospitales por controlar el movimiento y el estado de personas y objetos. Se privilegiaría la asepsia como método de desinfección de instrumentos, objetos, personas y materiales dentro de los procedimientos médicos. KISACKY, Jeanne. *Rise of the Modern Hospital: An Architectural History of Health and Healing, 1870-1940* (Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 2017), 107.

8- *Ibíd.*

9- FOUCAULT, Michel. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión* (México: Siglo XXI, 2009).

10- *Ibíd.*

11- CASTRO, Juan. *Agua Estancadas* (Santiago: Ediciones Rumbo, 1995), 15-66.

12- Agua Estancadas corresponde a la segunda novela del escritor chileno Juan Modesto Castro, internado en 1938 durante unos meses en el Hospital del Salvador a partir de lo cual publicaría en 1939 su libro. Por el periodo temporal y las descripciones de los pabellones, es posible situar el relato del protagonista Manuel Valdebenito en las salas recién renovadas del sector sur del Hospital.

13- KISACKY. Op. cit.

14- BARTHES, Roland. *Cómo vivir juntos: simulaciones novelescas de algunos espacios cotidianos* (Buenos Aires: Siglo XXI, 2005), 108.

15- *Ibíd.*

16- *Altísima pobreza. Reglas monásticas y forma de vida* es el cuarto volumen de la serie *Homo Sacer* de Giorgio Agamben, en donde expone cómo las órdenes monásticas – especialmente los Franciscanos – establecieron una vida en comunidad basada en el establecimiento de normas y doctrinas.

17- AGAMBEN, Giorgio. *Altissima povertà. Regole monastiche e forma di vita* (Vicenza: Neri Poza Editori, 2011).

18- Observación: *observatio* (Latín) / *térésis* (Griego). Desde la antigüedad ambas palabras tenían un doble significado, podía ser *observance* (en el sentido de obediencia a una regla) o *observation* (en el sentido de mirar atentamente algo).

19- POMATA, Gianna, "Observation Rising: Birth of an Epistemic Genre, 1500-1650". En *Histories of scientific observation*, ed. por Lorraine Daston y Elizabeth Lunbeck. (Chicago. The University of Chicago Press, 2011), 47-48.

20- CASTRO, Juan. Op. cit., 24-27.

21- Se refiere a los modos de entender los espacios de la enfermedad: la clasificación nosológica en donde las enfermedades se clasifican según lo similar o no de síntomas; la espacialización secundaria de lo patológico, que corresponde a la ubicación de la enfermedad en los órganos y su modo de desplazamiento; y la espacialización terciaria que refiere a su ubicación dentro de la sociedad.

22- Uno de los planes consistía en la creación de cinco escuelas nacionales que impartirían la carrera de medicina con una duración de tres años, en donde se abarcaría cátedras de anatomía, ciencias, farmacia y la práctica clínica en ciertos hospitales. La medida no fue exitosa debido a la desregularización de los funcionarios médicos, la alta demanda tanto de enfermos en los hospitales como la cantidad de alumnos existentes que hacían de la práctica clínica un ejercicio superficial. A pesar de haber fallado se destaca una estructura básica que se verá ampliada en los actuales modos de enseñar medicina.

23- FOUCAULT, Michel. *El nacimiento de la Clínica*. (México: Siglo XXI, 2001).

24- *Ibíd.*, 104.

25- POMATA, Gianna. Op. cit., 45-81.

26- CASTRO, Juan. Op. cit., 20.

27- *Ibíd.*, 342