



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

LA ENFERMERÍA EN
CHILE COLONIAL

Julia Cristobalina Huaiquián Silva



Tesis

Doctorales

www.eltallerdigital.com

UNIVERSIDAD de ALICANTE



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Departamento de enfermería

TESIS DOCTORAL

**LA ENFERMERÍA EN
CHILE COLONIAL**

Julia Cristobalina Huaiquián Silva

Directores: Dr. José Siles González

Dra. Ana Velandia Mora

Alicante, diciembre 2011.

UNIVERSIDAD DE ALICANTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD

Departamento de enfermería
TESIS DOCTORAL

**LA ENFERMERÍA EN
CHILE COLONIAL**

Julia Cristobalina Huaiquián Silva

*Directores: Dr. José Siles González
Dra. Ana Velandia Mora*

Alicante, diciembre 2011.

AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar deseo expresar mis agradecimientos a mis directores de tesis, doctor D. José Siles González y doctora Doña Ana Velandia Mora, por su buena disposición y asesoramiento durante el desarrollo de esta tesis, por haber confiado en mí y en este proyecto de investigación.

Agradezco, de manera especial, a mis queridas amigas Dinora, Julia, Mercedes, Olivia, Patricia, Sandra y Verónica por su cariño y apoyo incondicional y ante todo, su gran ayuda en los momentos difíciles.

A mis compañeras del Departamento de Enfermería de la Universidad de Concepción por el apoyo que me brindaron para comenzar este proyecto.

A mi madre y a Laura que a pesar de la distancia me han acompañado en los momentos más difíciles.

A Eduardo, Catalina, María Ignacia e Isidora por acompañarme en la aventura de realizar estudios de doctorado en el extranjero. Valoro el enorme sacrificio que realizo cada uno de ellos en pos de mis ideales de crecimiento y desarrollo profesional, personal y familiar.

Agradezco a la Universidad de Concepción que impulso y patrocina mis estudios y de manera especial a D. Ernesto Figueroa, Vicerrector Académico de esa casa de estudios.

Finalmente al gobierno de Chile que a través de su beca MIDEPLAN financio este proyecto.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

*La crisis de la historia...estado inorgánico de los estudios históricos...
proviene de que un excesivo número de historiadores jamás
reflexionaron sobre la naturaleza de su ciencia.*

Henri Berr (1)

CAPÍTULO

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Aproximación a la temática de estudio.....	1
1.2. Justificación del Problema de Estudio.....	6
1.3. Hipótesis de Partida.....	13
1.4. Objetivos de la Investigación.....	13

II. HISTORIA DE LA ENFERMERIA EN CHILE: ESTADO DE LA CUESTIÓN

2.1 Desarrollo de la investigación histórica de enfermería a nivel mundial.....	15
2.2 Desarrollo de la investigación histórica de enfermería en Chile	18
2.3 Historia de la salud y de los cuidados de enfermería en Chile colonial.....	21
2.4 Influencia de la orden de San Juan de Dios en los cuidados de enfermería...	23
2.5 Cuidados de salud en las culturas prehispánicas.....	29
2.5.1 Cuidados de salud en la cultura Mapuche.....	32

III. MARCO TEÓRICO

3.1 El paradigmas Hermenéutico.....	35
3.2. Marco conceptual: la nueva historia una historia social.....	38
3.3 Estructuralismo y Antropología Estructural: Lévi-Strauss como paso previo para el modelo estructural dialéctico.....	43
3.4. Modelo estructural dialéctico para la historia de enfermería, José Siles González.....	48
3.5. Teoría: La Teoría de la Acción, Pierre Bourdieu.....	53
3.5.1 Espacio social, espacio simbólico y habitus.....	53
3.5.2 El concepto espacio social y campo.....	55
3.5.3 El concepto de habitus.....	58
3.5.4 La noción de capital.....	61

IV. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Diseño de Estudio.....	67
4.2. Plan de trabajo.....	68
4.3. Fuentes.....	71
4.4. Recolección de fuentes.....	76
4.4.1. Ficha documental.....	77
4.5. Critica de las fuentes.....	78
4.6. Análisis de contenido.....	79
4.7 Análisis desde la perspectiva del modelo estructural dialéctico para la historia de enfermería, José Siles González.....	82

4.8 Análisis desde la perspectiva de la teoría de la acción social: Pierre Bourdieu.....	83
4.9 Análisis con el software ATLAS-ti.....	84

V. DESARROLLO DEL TEMA

5.1 Contextualización histórica de Chile colonial.....	85
5.2 Contextualización Histórica de España siglo de Oro.....	96
5.3 La Orden de San Juan de Dios en Chile.....	106
5.3.1 Rasgos biográficos de su fundador Juan Ciudad Duarte.....	106
5.3.2 Presencia de la orden de San Juan de Dios en Chile.....	110
5.4. La enfermería en Chile colonial desde la perspectiva del modelo estructural dialéctico, José Siles González.....	117
5.4.1 Los cuidados de salud de Chile colonial desde la perspectiva religiosa institucional en la cultura Mapuche.....	119
5.4.2 Los cuidados de salud de Chile colonial desde la perspectiva religiosa institucional en la cultura Española.....	123
5.4.3 Síntesis de los cuidados de salud en Chile colonial.....	136
5.5 La enfermería de SJDD en Chile colonial bajo la óptica de Bourdieu.....	138
5.5.1 El concepto de campo y su relación con la teoría y practica de enfermería de la orden de SJDD en Chile colonial.....	138
5.5.2 El concepto de habitus y su relación con la teoría y práctica de la enfermería de la orden de SJDD en Chile colonial.....	142

VI. DISCUSION

6.1 Discusión.....	145
6.2 Limitaciones del estudio.....	151
6.3 Proyecciones del estudio.....	152

VII. CONCLUSIONES..... 153

REFERENCIAS

ANEXOS (I, II, III & IV)

LISTA DE FIGURAS,

Figura 1: Fuentes primarias. Documentos inéditos copiados de los archivos histórico nacional y del antiguo hospital por, Faustino Calvo	73
Figura 2: Fuentes primarias. Textos de historia obtenidos en MEMORIA CHILENA.....	74
Figura 3: Evaluación de las fuentes.....	78

LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1: Modelo estructural para la historia de enfermería.....	51
Esquema 2: Espacio de las posiciones sociales y espacios de los estilos de vida.....	54
Esquema 3: Modelo estructural de cuidados de salud en la cultura Mapuche de Chile colonial.....	122
Esquema 4: Modelo estructural de cuidados de salud en la cultura Española de Chile colonial.....	135

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1: Pasos a seguir en el análisis de contenido.....	80
---	----

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

1.1 Aproximación a la temática de estudio

El desarrollo de esta investigación se presentó como un desafío profesional que tuvo como objetivo hacer un aporte a la enfermería chilena, en la construcción de contenido histórico para su memoria colectiva. También se consideró un desafío técnico porque fue necesario utilizar la investigación histórica como la herramienta metodológica que permitió la elaboración de contenidos históricos para enfermería. Y finalmente se presentó como un desafío social que tuvo como propósito ayudar a visibilizar la importancia que asumió enfermería en Chile, en una época de la historia crucial para el desarrollo de su sociedad y de su cultura.

Este trabajo tomó como propósito principal analizar la influencia que España ejerció en los cuidados de enfermería en Chile durante la época colonial. Por tanto se utilizó como referencia central el contexto socio histórico del período colonial chileno, espacio de la historia en que Chile era gobernado por la corona española y formaba parte del imperio Español. Indagar en la colonia remite a un tiempo del pasado de gran importancia para la historia de Chile, el que Encina (1948) caracteriza como la época “de formación de la raza chilena”. En esta etapa se produce el encuentro de dos culturas que se destacan por su gran espíritu guerrero. El ejercito de España que luchaba por conquistar nuevos territorios para la corona española versus el pueblo Mapuche que combatía por mantener la soberanía de sus tierras.

Estudiar los hechos históricos que dan cuenta de cómo se fue consolidando la enfermería en el ámbito chileno es fundamental para la construcción de una memoria

colectiva de la enfermería y de las enfermeras y sin duda fortalecerá la autoconstrucción de la identidad profesional. Así el presente estudio se justifica por la ausencia de trabajos que den cuenta de la historia de enfermería en la época colonial chilena y también porque busca construir las fuentes históricas de un aspecto de la enfermería chilena como fue la influencia de España en la época colonial. Se trata de un estudio socio histórico cuyo marco referencial y metodológico corresponde a la nueva historia.

Asimismo este estudio se justifica ante el panorama de suma oscuridad en la que se encuentran inmersas muchas profesionales de enfermería en Chile, que desconocen la importancia de la historia en el desarrollo disciplinar y por lo tanto no conocen la historia y el legado que sus antecesoras dejaron en la profesión.

La trayectoria previa de la investigadora fue desarrollada bajo la perspectiva del paradigma positivista la que se vio fuertemente impactada gracias a la impronta que el director del programa de doctorado Enfermería y Cultura de los Cuidados José Siles Gonzáles le impuso a la historia de enfermería en la construcción del pensamiento de enfermería en España. Es a partir de este momento que la licenciada se interesó en emprender la difícil tarea de realizar una investigación histórica desde otros paradigmas mas pertinentes atendiendo a las características de enfermería.

A continuación se exponen tal y como se presentaran las cuestiones de investigación a lo largo de los capítulos.

El capítulo I, se inicia con una reflexión acerca de la importancia de la historia en la construcción de la identidad profesional de modo de destacar la relevancia del problema de estudio que corresponde a un insuficiente desarrollo de la investigación histórica de enfermería en Chile, y la ausencia de estudios que den cuenta de cómo se

desarrollaron los cuidados de enfermería en Chile durante la colonia. Se presentan también los presupuestos que orientan la investigación y la definición de las preguntas a las cuales se pretende buscar una respuesta: *¿como se desarrollaban los cuidados de enfermería en Chile durante la época colonial? ¿cual fue la influencia de España en los cuidados de enfermería en Chile durante la época colonial?* Se finaliza este capítulo presentando las hipótesis de estudio y los objetivos de la investigación.

En el capítulo II se desarrolla el estado de la cuestión que permitió al investigador: tener una visión general de la investigación histórica de enfermería a nivel mundial; conocer el estado actual de la investigación histórica de enfermería en Chile; tener una visión general de la historia de salud y de los cuidados en Chile colonial; obtener una aproximación a las practicas de salud que desarrollaban las culturas prehispánicas a la llegada de los españoles a América especialmente la cultura mapuche y comprender la influencia de la orden de San Juan de Dios (SJDD) en los cuidados de enfermería en España. Además se establecieron los vacíos de conocimiento que justificaron la creación de este estudio.

En el capítulo III, se presenta el referencial teórico que respalda esta investigación. En primer lugar se presenta al paradigma hermenéutico o interpretativo como una forma de comprender problemas del ámbito social que no se pueden comprender desde la metodología cuantitativa. A continuación se enuncian los postulados de la historia social (nueva historia) como el marco conceptual que según argumenta Rolim (2007) está implicada en todos los temas relacionados con la actividad humana, entiende que para todo hay una historia, y que todo lo del pasado puede ser reconstruido y problematizado. Luego se continua con el estructuralismo y la antropología estructural de Levi-Strauss como antesala para la comprensión del modelo

estructural dialéctico para la historia de los cuidados de enfermería desarrollado por José Siles y que será aplicado a la teoría y práctica de los cuidados de salud que se desarrollaban en la época de Chile colonial.

Finalmente se dan a conocer los principales postulados de la teoría de la acción social de Pierre Bourdieu, a través del cual se visualizara la teoría y la práctica de enfermería de la orden de San Juan de Dios en Chile colonial.

En el capítulo IV se traza la trayectoria metodológica del estudio. La opción por la investigación cualitativa con sus implicancias y limitaciones. Las técnicas utilizadas para la obtención de la información fueron: la búsqueda de fuentes, la visita de archivos históricos, la recolección de la información con fichas documentales complementadas con fotografías de los archivos históricos, el análisis de contenido y el análisis estadístico a través de software Atlas-ti.

En el capítulo V se presentan los resultados o desarrollo del tema en donde primero se hace una contextualización histórica de los aspectos más característicos de Chile en la época colonial y de España en el siglo de Oro haciendo énfasis en los cuidados de salud de ambas sociedades. Luego se hace un apartado de la orden de San Juan de Dios en Chile presentando los rasgos biográficos de su fundador “Juan Ciudad Duarte” y se continúa con la presencia de la orden en Chile que se divide en dos subtemas: Llegada de la orden de San Juan de Dios a Chile (inicios del siglo XVII) y Asentamiento y expansión de la orden en Chile (segunda mitad siglo XVII y XVIII) que se desarrolla en base a la información obtenida en las fuentes históricas recopiladas en la investigación y corresponde a los hallazgos principales de este estudio. Como tercera parte en base a modelo de Siles para el estudio de la historia de los cuidados se hace un análisis estructural dialéctico de los cuidados de salud de Chile colonial desde

la perspectiva religiosa institucional en la cultura Mapuche y en la cultura Española concluyendo con una síntesis de los cuidados de salud en Chile colonial. Finalmente un análisis a partir de la perspectiva de Bourdieu del archivo histórico “Constituciones del Real hospital de San Francisco de Borja” en búsqueda de los conceptos de campo, habitus y su relación con la enfermería de SJDD durante la época colonial.

En el capítulo VII se analizan los resultados obtenidos en la investigación y se contrastan con la literatura existente en relación al tema, descrita en el estado de la cuestión, de esta manera se confirmaran o refutarán los resultados obtenidos. Además se hace mención a las dificultades que ha enfrentado la investigadora para llevar a cabo la investigación. Finalmente se analiza la posición del investigador en torno a la investigación histórica y las proyecciones futuras con respecto a la línea de investigación histórica.

Capítulo VIII a modo de conclusiones de este estudio se analizan las hipótesis y los objetivos planteados contrastándolos con los hallazgos de la investigación de modo de dar o no respuesta a ellos. Además se termina haciendo una reflexión en relación a la importancia de la investigación histórica como herramienta vital para la construcción de la identidad de enfermería.

1.2 Justificación del problema de estudio:

Investigación histórica e identidad profesional

Para iniciar la reflexión en torno a la importancia de la investigación histórica en la construcción de la identidad profesional se iniciara la discusión clarificando algunos conceptos necesarios para comprender de mejor manera el contenido de esta reflexión teórica.

En primer lugar el concepto de historia para Arostegui (2001) “es la cualidad temporal que tiene todo lo que existe y también en consecuencia , la manifestación empírica –es decir que puede ser observada– de tal temporalidad. Siles (2010) ve la historia como la realidad en la que el hombre está inserto. Nogales, (2006) declara que la historia no solo es una sucesión de hechos que ocurren en el tiempo sino que también el desarrollo de las creencias humanas en un tiempo determinado. Y para Hegel (como es citado en Nogales, 2006) la historia tiene una esencia llamada historicidad que es eterna porque participa de la materialidad y la materialidad es eterna.

En este mundo existe algo que antecede al ser humano y es la realidad. Lo material convive en el mundo junto con el hombre quien le da forma, lo modifica y le da sentido. En la realidad suceden una serie de eventos en un medio en que se da la libertad, la posibilidad y el proyecto. El ser humano es un ser que esta inserto en la realidad junto a las cosas lo que lo transforma en un ser histórico. A su vez se relaciona con lo material pero se diferencia de este por su capacidad de pensar. Por la libertad el ser humano es singular en la vida esto significa que puede escoger entre opciones y buscar el sentido de aquello que va a hacer (Nogales, 2006).

Los actos finalmente son hechos históricos o realización de posibilidades. Así la historia se realiza en un suceder de acontecimientos en relación con el ser humano en

su singularidad y también en su colectividad. Por lo tanto lo que ocurre en la historia son formas de estar en la realidad y en cada individuo (Nogales, 2006).

La memoria es una reconstrucción del pasado que no es fiel con todos y cada uno de los elementos de la realidad, se elabora siempre con experiencias nuevas y diferentes, se reproduce siempre seleccionando y es parte de la historia y es justo la parte que se constituye como referente de la identidad de la sociedad. Cada pueblo tiene su memoria. La memoria es la dimensión de la historia que legitima, suministra y cohesiona la identidad al otorgarle un sentido. La razón de ser de la memoria es reforzar la idea de continuidad en el colectivo. La memoria colectiva por su parte es una idea simbólica representativa que se forja en el conjunto de tradiciones (rituales, mitos, creencias) que poseen los integrantes del grupo o cultura y que determina su adscripción al grupo. Es un capital social intangible (Perez, 2007) y “no cabe duda que tanto la memoria personal y particular como colectiva constituyen una importante materia para configurar la historia” (Nogales, 2006).

La historia es un saber que debe constituirse como disciplina crítica que desmonta y desvela mitos y mistificaciones. Es función de la historia construir y administrar la memoria de cada sociedad, grupo o cultura. Función que es opuesta a la memoria, ya que la historia como saber social es una empresa crítica, destructora de identidades y de tradiciones, si se utiliza como análisis de los procesos sociales y no como su justificación. Esto siempre y cuando se quiera utilizar como una conciencia ciudadana que abra nuevos horizontes al futuro y no se quede anclada a los mitos del pasado (Perez, 2007).

A la memoria y la historia les concierne el poder, esto porque somos las personas las que recordamos en condiciones que no hemos elegido. Para Halbwachs (como es citado en Perez, 2007) son marcas de la memoria es decir precisiones convertidas en clásicas que se constituyen a través de las relaciones de poder de la sociedad. La memoria tiene mecanismos de reconstrucción como el relato, la narrativa, el discurso, la escritura, que tienen conexión directa con los mecanismos de poder de la sociedad. Quien tiene el poder político monopoliza la voz (relato, discurso, escritura) que crea la memoria. La memoria es una construcción política y en su elaboración el protagonista es el poder. Poder que crea memoria para amoldar comportamientos colectivos e identidades sociales. Es así como las expresiones de poder político como las instituciones del estado, medios de comunicación, espacios educativos, iglesias, u otros grupos sociales se transforman en dirigentes y vehículos que articulan la expansión de la memoria colectiva. Estos grupos se encargan de unir el pasado con el futuro y al individuo con el grupo social. De este modo un hilo conductor traba la identidad de cada persona con su respectiva comunidad. Por lo tanto la razón de ser de la memoria es reforzar la idea de continuidad en el colectivo (Perez, 2007).

Para Siles, (2004) la memoria colectiva confiere identidad a un grupo social, y determina su proceso de socialización y su poder en la sociedad; de forma que no existe memoria colectiva (déficit socializador). Así a través del poder el grupo se gestiona y controla la propia memoria. Según este autor la dinámica que existe entre grupos sociales, poder y memoria colectiva se desarrolla a través de la historia que actúa como depositaria de la memoria colectiva y por otro lado por el historiador que asume la tarea de crear y gestionar la memoria del grupo objeto de estudio.

Definitivamente la historia y la conciencia histórica están afectadas por las relaciones de poder de la sociedad en que se desarrollan porque todo historiador forma parte de la memoria de un colectivo y desde esta identidad ejerce su profesión. Para hacer frente a todo este poder político que nos encasilla según sus intereses Bourdieu (como es citado en Perez, 2007) nos señala “ solo la historia puede desembarazarnos de la historia”.

En relación con enfermería, su poder y su capacidad de proyectar su propia memoria colectiva, Siles (2004) afirma que se encuentra en una situación de crisis constructiva. Esto por lo difícil que será que la construcción histórica actual pueda reabsorber y reubicar las memorias colectivas anteriores ancladas a la dimensión biológica, de género y doméstica. En relación con esto se pueden citar muchas situaciones en que se ha emparentado a enfermería con diversas actividades. Hughes (como es citado en Moral de Calatrava, 2004) en su trabajo sobre mujeres sanadoras en la edad media elaboró un capítulo dedicado a enfermería e incluyó a todas las mujeres relacionadas con cualquier clase de cuidados que no se relacionaban con enfermería. Según este estudio comenta Moral de Calatrava (2004) las enfermeras serían entonces “una figura desdibujada en la que se puede incluir cualquier clase de cuidados aunque estos no fueran enfermeros. Para esta autora la imposición de parámetros contemporáneos puede estar deformando la figura histórica de los enfermeros de otras épocas y culturas impidiendo la identificación de su empresa y el establecimiento de un conocimiento significativo.

La historia de la profesión se compone de una amalgama de personas con distintas actividades, formación diversa, y finalidades dispares. En relación a esta situación Siles (1996) afirma que la mayoría de las investigaciones históricas sobre

enfermería en España, ofrecen aproximaciones genéricas y enfoques desmesuradamente globales.

Según Silva, Padilha & Borenstein, (2002) la imagen corresponde a una red de representaciones sociales de enfermería, las que a través de conceptos, afirmaciones y explicaciones reproducen y se reproducen por las ideologías originadas en la vida cotidiana de prácticas sociales internas y externas a ella. La imagen profesional nos lleva a la propia identidad social. La confusión que existe acerca de la imagen de enfermería es un problema vigente y que es necesario abordar en forma local, nacional y mundial. Para asumir el desafío de construir una imagen social de enfermería que sea coherente con la preparación académica que debe tener la enfermera para asumir con la responsabilidad que le compete la administración y gestión de los cuidados de salud de la población; es que debe inquirir en su historia. Indagar para deconstruir y construir las representaciones sociales que formarán la imagen profesional que le corresponde según su participación en el cuidado de salud de la población de hoy, del pasado y del futuro.

Diversos historiadores de enfermería (Hernandez, 1995; Siles, 2010 & Velandia, 1995) coinciden en que el fenómeno de estudio de la disciplina de enfermería es un conjunto de procesos interrelacionados y dependientes de la evolución social en que están inmersos, por esta razón al indagar sobre la identidad profesional se debe partir de la premisa de que ningún dato actual podrá reemplazar el conocimiento histórico. La historia nos ofrecerá el contexto y la aclaración de un problema. El conocimiento de las corrientes socioeconómicas, culturales y políticas que influenciaron a través del tiempo la práctica de los cuidados permite que las enfermeras se liberen de herencias pasadas (Padilha & Borenstein, 2006). Por ello, cada vez es más

aceptado que la historia de la enfermería es uno de los contenidos mínimos que debería estar incluido en los programas de enfermería, desde el pregrado mismo.

Las presiones sociales que enfermería ha tenido en el pasado hoy persisten en nuevas formas y es difícil entenderlas y abordarlas si no tenemos el conocimiento de la historia. Muchas soluciones del pasado hoy pueden ser recicladas. Según Church (como es citada en Padilha & Borenstein, 2006) los graduados de programas de enfermería que no tienen conocimiento de su historia no están debidamente orientados para la profesión.

La historia de enfermería comenta Keeling, (1995) proporciona un sentido de patrimonio e identidad profesional y la investigación histórica amplía las bases del conocimiento y promueve la comprensión de los orígenes sociales e intelectuales de enfermería incluida la epistemología. Para que se produzca un paso libre al resultado del actual proceso de construcción de la historia de enfermería comenta Siles (2004) se deben deconstruir los clichés que obstruyen la transición entre una enfermería desprovista de historia a un grupo disciplinar que se ha aplicado por fin a la creación y gestión de su memoria histórica; es decir facilitar el cambio desde las coordenadas propias del ámbito doméstico a los campos enmarcados en los límites de la ciencia y profesionalidad.

Finalmente Colliere (1999) destacada pensadora de enfermería recomienda que para poder encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros “hay que preguntar y comprender cuál es el origen, de los cuidados, de la profesión y de la enfermería. Por esto hay que seguir su rastro y preguntarse cuáles son sus connotaciones” (p.25).

Pese a que es sumamente valioso que la identidad profesional de enfermería se

construye a través de su historia se constata que en Chile no se ha desarrollado una investigación histórica profunda que pueda dar cuenta de forma articulada de los orígenes de la profesión y las etapas que ha debido superar para llegar a la situación actual. Una visión de la literatura reciente en busca de publicaciones de género histórico en la enfermería chilena verifica escaso material publicado en relación con otros países Iberoamericanos como Brasil, Colombia y España. La mayoría de las publicaciones históricas sobre enfermería en Chile, ofrecen acercamientos generales en relación con los avances en la enseñanza y la profesionalización. Predominando en ellas la visión cronológica que en su mayoría abarca desde el inicio de la profesión en el país (año 1902) hasta nuestros días. Igualmente el aspecto temático se desarrolla sobre la enfermería en general sin precisar su objeto de estudio en aspectos más concretos de la misma. Cabe destacar que no se han encontrado investigaciones de enfermería en relación al tiempo histórico comprendido entre los siglos XVI, XVII y XVIII y que corresponden al periodo de Chile colonial. En relación con esta preocupante situación se plantea la necesidad de realizar este estudio que tiene como propósito responder a las preguntas: ¿cómo se desarrollaban los cuidados de enfermería en Chile durante la época colonial? y ¿cuál fue la influencia de España en los cuidados de enfermería en Chile, durante la época colonial?

1.3 Hipótesis de partida

1. Existe un gran vacío respecto a las formas de práctica e interpretación de Enfermería que se desarrollaban en Chile durante la época colonial.
2. España influyó la enfermería chilena a través de la Orden hospitalaria de Los hermanos San Juan de Dios durante el periodo colonial.

1.4 Objetivos de la investigación

Objetivos generales

1. Describir las prácticas de enfermería en Chile durante la época colonial, prestando especial atención a la influencia de España en dicho proceso.

Objetivos específicos

1. Identificar los enfermeros españoles que desarrollaron cuidados de enfermería en Chile durante la época colonial.
2. Describir los periodos cronológicos en los que los enfermeros españoles realizaron los cuidados de enfermería en Chile durante la época colonial.
3. Describir los lugares en donde los enfermeros españoles realizaban los cuidados de enfermería en Chile durante la época colonial.
4. Describir las prácticas de salud que desarrollaban las culturas prehispánicas en especial la cultura la Mapuche, a la llegada de los españoles a Chile.
5. Analizar según la perspectiva del modelo estructural dialéctico de los cuidados de Siles los conceptos de unidad funcional, marco funcional y elemento funcional y su

relación con los cuidados de salud de la cultura Mapuche en Chile durante la época colonial.

6. Analizar según la perspectiva del modelo estructural dialéctico de los cuidados de Siles los conceptos de unidad funcional, marco funcional y elemento funcional y su relación con la teoría y la práctica de enfermería de la orden de SJDD Chile durante la época colonial.
7. Analizar según la perspectiva de Bourdieu los conceptos de campo, habitus y su relación con la enfermería de la orden de SJDD Chile durante la época colonial.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

CAPÍTULO II

2. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA: ESTADO DE LA CUESTIÓN

2.1 Desarrollo de la investigación histórica de enfermería a nivel mundial

Para obtener una visión general del estado actual de la investigación histórica de enfermería a nivel mundial se encontró pertinente realizar búsqueda bibliográfica en buscadores BIREME Y CUIDEN, utilizando el descriptor historia de la enfermería en un periodo de 5 años (2007 al 2011).

El resultado de la búsqueda arrojó un total de ochocientos noventa y cuatro publicaciones científicas en torno al tema por lo que fue necesario limitar la búsqueda a artículos publicados en el año 2011 y cuyo asunto principal fuese la historia de enfermería. De esta nueva búsqueda se obtuvo un total de cuarenta y dos artículos de los cuales veinte y cinco fueron escritos en inglés, diez en portugués y ocho en español.

Al analizar la temática de estudio se observa que el mayor número de artículos se centra en aspectos relacionados con la investigación en enfermería. Es así como se encontró: estudios que buscan conocer el desarrollo de la indagación científica de enfermería a través de la historia (Machado, C., Barreira, I. & Martins, A., 2011); publicaciones que intentan develar que aspectos de la historia de enfermería se han investigado en el pasado (Wall BM. & Nelson S., 2011., Texeira, V. & Cunha, Y., 2011); artículos que destacan la importancia que tiene el estudio del pasado en la construcción de la identidad profesional (McIntosh T., 2011; McIntosh T., 2011-a & McIntosh T., 2011-b); escritos que exponen metodologías para el estudio de la historia (Padilha MI & Nelson S., 2011; Germán, C., Chamizo, C., Hueso, N. & Subiron, A.,

2011) y finalmente difusiones que enfatizan la importancia de las fuentes históricas para enfermería (Wood PJ., 2011 & Grypma S., 2011).

Del total de artículos consultados destaca el interés de los investigadores tanto de habla inglesa (Anderson RJ., 2011; Bakewell J., 2011; Castledine G., 2011; Gill G., 2011) como hispana (Nuñez, E., 2011) y portuguesa (Peres, M., 2011) por escribir en relación a Florencia Nightingale y su influencia en el desarrollo de la profesión de enfermería.

También se analizaron artículos que se focalizaban en la historia de los cuidados de una época específica de la historia (Canasa, N., Borenstein, M., Bruggeman, O. & Gregorio, V., 2011; Expósito, R., 2011; Marks S., 2011; Wood P. & Arcus K., 2011 & Castledine G., 2011).

Se consultó artículos que corresponden a historias de vida, biografías o entrevistas a enfermeras destacadas y que buscan dejar un testimonio escrito de sus vidas en relación con la enfermería (Billingsley M., 2011; Walusinski O., 2011; Short C., 2011 & Molanes, P., Sáinz, A. & Herrera, F., 2011 & Nadal, M., 2011).

Otras publicaciones tratan sobre la evolución y el desarrollo que ha tenido la enseñanza de la enfermería (de Araújo, F. & Oguisso, T., 2011; McAllister M., Williams LM., Hope J., Hallett C., Framp A., Doyle B. & McLeod M., 2011 & Pava, A. & Neves, E., 2011) y la evolución de la profesión enfermera a través del tiempo (Castro, B., 2011; BRITISH JOURNAL OF NURSING, 2011).

Importante destacar son los artículos que utilizaron la reflexión teórica como herramienta de análisis que permitió a los investigadores discutir acerca de su postura en relación a diferentes asuntos teóricos relacionados con el estudio de la historia de

enfermería y de sus características (Bradshaw A., 2011; Santos, T., Barreira, I., Gomes, M., Baptista, S., Peres, M. & Almeida, A., 2011 & Siles, J., Solano, C., 2011).

Entre el material recopilado se encontró: un artículo que trataba sobre la influencia extranjera en el desarrollo de la enfermería local (Santos T., Barreira I., da Fonte, A. & de Oliveira A., 2011); un artículo que trataba sobre el desarrollo de una asociación gremial de enfermería (Mattos, C. & Campos, M. (2011) y un artículo que estudiaba la historia de una revista de enfermería a través de la iconografía (Chamorro, E., 2011).

Finalmente se descartaron cinco artículos en inglés que no tenían resumen, no se logro obtener su texto a través de préstamo interbibliotecario y sus títulos no permitían tener ninguna aproximación a su contenido.

2.2 Desarrollo de la investigación histórica de enfermería en Chile.

Para realizar el rastreo bibliográfico en búsqueda de la literatura que diera cuenta del estado actual de la investigación histórica de enfermería en Chile se realizó una revisión sistemática de la literatura publicada en el ámbito nacional e internacional utilizando los descriptores: historia, historia de la enfermería, investigación en enfermería y Chile en español, portugués e inglés en las siguientes bases de datos: SCIELO, LILACS, CUIDEN, LATINDEX, CINAHL, MEDLINE, CURRENT CONTENTS y el buscador SCHOLAR GOOGLE.

En Chile ya desde la década del sesenta existe una inquietud de las enfermeras docentes por estudiar el pasado de enfermería y es en el año 1965 cuando Rosalba Flores, docente asociada a la escuela de Enfermería de la Universidad de Chile publica el libro “Historia de Enfermería en Chile. Síntesis de su evolución educacional” (Flores,1965).

El desarrollo de la investigación histórica de la enfermería chilena ha sido escaso, aislado y en su totalidad asociado a enfermeras docentes vinculadas a centros universitarios localizados en la zona centro-sur del país. La temática de estudio ha sido en general en relación a los avances en la educación, en la investigación y en la profesión y en su mayoría corresponden a estudios cronológicos que abarcan desde los inicios de la profesionalización de enfermería en Chile (1903) hasta la actualidad. En general se trata de estudios que corresponden a la historia total, es decir solo se dedican a contar los hechos sin incluir el contexto social en que se desarrollan. A continuación se cita el material encontrado:

Se ha consultado un trabajo cronológico elaborado por el Colegio de Enfermeras de Chile A.G. (2007) que hace una reseña histórica de los hitos más importantes que ha tenido la profesión en el país desde que se inicio la educación formal de enfermería en el año 1902.

También se han analizado varios artículos que se refieren a los avances de la profesionalización de enfermería y a la evolución que ha tenido la profesión en la educación de pre y postgrado en Chile (Barrientos, 1991; Hernández, 1960; Jerez, 1986; Jerez, 2006; Jofre & Paravick, 2007; Krebs, 1971; Muñoz, Isla, & Alarcón, 1999 & Soto, 1991).

En un estudio cronológico realizado por la asociación chilena de educación en enfermería (ACHIEEN, 2011) se hace una reseña histórica desde el año 1954 a 1968 en que se destacan los logros de esa asociación en los inicios de la investigación en enfermería.

Otros artículos consultados se refieren al estado de la investigación de enfermería en Chile (ACHIEEN, 1987; Campos, 1994; Campos, 1997; Campos, 2001; Cianelli, Urrutia, Ferrer, Poupin, Masalán, Villegas, Arratia & Ferrer 2009; Ebensperger, González, Jerez, Krebs & Royo 1972; Lange, Reyes, Zavala & Arechabala, 2000; Paravic, 2004; Paravic & Mendoza, 1996; Rivas & Osorio, 2005 & Sepúlveda, 1990).

También ha arrojado luz del tema el libro escrito por (Betancourt, Lazcano, Monardes, Núñez & Peroni, 2010) en el que relatan la historia de la escuela de enfermería de la Universidad de Valparaíso desde su fundación a la actualidad.

En esa misma línea se han valorado varios artículos en relación a historias de diferentes escuelas de enfermería (Barrientos & Pérez, 1991; Castellano, Cubillos, & Camus, 2000; Carvajal, Vargas & Toledo, 1992; Colegio de enfermeras, 1965; Colegio de enfermeras-b, 1965; PUC, 1991 & Nahmías, 1992).

Por otro lado se han podido revisar diversas historias de vida de enfermeras en el contexto de un hospital dado (Barrientos, 1991; Méndez, Salinas & Santander, 2002).

Por último destacar que, según nuestros datos solo en el Capítulo Chile del libro “NURSING IN THE AMERICAS: A CRITICAL VIEW” (Breda & Barbee, 2009) los autores (Jara, Behn, Ortiz & Valenzuela, 2008) elaboran una reflexión de los aspectos más críticos de la política chilena que han afectado a la gestión de salud en general y a la gestión de los cuidados de enfermería en particular. Además hacen una cronología a grandes rasgos de la enfermería en Chile partiendo desde la época colonial hasta la actualidad.

No se encontraron estudios que den cuenta de cómo se desarrollaron los cuidados de enfermería en Chile durante la época colonial.

2.3 Historia de la salud y de los cuidados de enfermería en Chile colonial.

Se realiza nueva pesquisa en la que se amplían los descriptores y se incluye búsqueda en textos de historia de la enfermería en España y América y la indagación en fuentes primarias como textos de la historia de Chile y de historia de la medicina chilena, con el objetivo de buscar información en relación a la historia de salud de Chile colonial y a los cuidados de enfermería que se practicaban en esa época.

Los descriptores utilizados en español, portugués e inglés fueron: historia, historia de la enfermería, investigación histórica, Chile, España y América Latina. Además de las bases de datos CINAHL; MEDLINE; CURRENT CONTENTS; SCIELO; LILACS; LATINDEX; CUIDEN en este segundo sondeo se incluyó:

BIBLIOTECA VIRTUAL MIGUEL DE CERVANTES que cuenta con biblioteca Americana cuya creación pretende contribuir al conocimiento de realidad cultural, política, social, literaria del continente Americano. El portal de Chile cuenta con la colaboración fundamental de la Biblioteca Nacional de Chile para acercar al lector obras y autores principales de la historia cultural (Universidad de Alicante, 2011).

MEMORIA CHILENA que es un portal de contenidos culturales que ofrece investigaciones y documentos relativos a los temas claves que conforman la identidad de Chile. Se inició el año 2001, y hasta hoy, su objetivo ha sido difundir a través de internet el patrimonio cultural de Chile, contribuyendo a la recuperación, preservación y fortalecimiento de su memoria histórica.

La mayoría de los textos encontrados se refieren en general a la influencia de los cuidados religiosos españoles en los territorios Americanos conquistados. En el caso de Chile los historiadores destacan la participación de Inés de Suarez en el cuidado de los

soldados españoles heridos durante la conquista, la fundación del primer hospital por Pedro de Valdivia y la llegada de los hermanos de la orden de San Juan de Dios en el siglo XVII. A continuación se relaciona el material encontrado describiendo sus correspondientes aportaciones:

Son varios los autores que coinciden en que en los comienzos de la conquista, Chile se caracterizó por una ausencia de la medicina hispánica (Cruz-Coke, 1995; Encina, 1948; Ezeverri, 1995 & Vicuña-Mackenna, 1877). Otros autores destacan la fundación del primer hospital en Chile en el siglo XVI (Cruz-Coke, 1995; Ezeverri, 1995; Frank, 1981; Laval, 1949 & Vicuña –Mackenna, 1877). Historiadoras de enfermería (Donahue, 1993 & Hernández, 1995) mencionan los cuidados religiosos de enfermería como un gran aporte de la salud española a los países conquistados. Son, asimismo, varios los historiadores que describen la llegada de los enfermeros de la congregación de San Juan de Dios a los hospitales de Chile en el siglo XVII (Cruz-Coke, 1995; Ezeverri, 1995; Encina, 1948; Frank, 1981; Hernández, 1995; Laval, 1949; Ortega, 1992; Pérez, 1900; Santo tomas, 2004 & Vicuña Mackenna, 1877). Además (Martínez, 2002 & Ortega, 1992) relatan que de la bula papal de Gregorio XIII de 1576 *In Supereminenti* se puede deducir la expansión de la misión de los hermanos hospitalarios en diversas provincias de las Indias del mar océano. Por último señalar que existe bibliografía que menciona a Inés de Suarez como la primera médica-enfermera española en Chile (Allende 2009; Ezeverri, 1995 & Vicuña Mackenna, 1877).

2.4 Influencia de la orden de San Juan de Dios en los cuidados de Enfermería.

Se realiza un rastreo bibliográfico cuyo propósito es la búsqueda de literatura que dé cuenta de la influencia de San Juan de Dios en los cuidados de enfermería en España desde la perspectiva de los investigadores de enfermería. Para esto se realizó una revisión sistemática de la literatura publicada en el ámbito nacional e internacional utilizando los descriptores: historia, historia de la enfermería, investigación en enfermería y San Juan de Dios en español, portugués e inglés en las siguientes bases de datos: SCIELO, LILACS, CUIDEN, LATINDEX, CINAHL, MEDLINE, CURRENT CONTENTS y el buscador SCHOLAR GOOGLE.

La búsqueda de la literatura arrojó bastante material publicado en relación a la obra de San Juan de Dios en España, a continuación se destacan los hallazgos más relevantes:

La idea cristiana del cuidado es un referente para dilucidar y entender la cultura de la enfermería en San Juan de Dios, desde el siglo XVI, ya que Juan Ciudad vivió entre 1495 a 1550, y dedicó algo más de 10 años de su vida a desarrollar la meta principal de su carrera el cuidado de los más necesitados y más marginados de la sociedad (Fernández & Siles, 2008).

Quizás los investigadores que más hayan estudiado la obra de San Juan de Dios sean Cecilio Eserverri y Francisco Ventosa, quienes en su doble condición de enfermeros y hermanos de la Orden de San Juan de Dios, en sus artículos y libros han intentado demostrar a los lectores a través del análisis de fuentes documentales como el marcado “espíritu cristiano” imperante en el siglo XVI en España influencia enormemente a Juan de Dios y su obra.

Eseverri (como es citado en Amezcua, 2002) en su libro acerca de las cartas de San Juan, nos muestra al Santo como una persona normal, con un gran sentido *humanista* que aportó “un modelo de compromiso con el desfavorecido, de trato al enfermo, que luego se convertiría en un modelo hospitalario para el mundo moderno, con una proyección universal que ha llegado intacta al menos en su esencia, hasta nuestros días (p. 36-37).

Ventosa (2010) destaca que la obra que Juan de Dios emprende, en 1537, implicó una reforma a la defectuosa asistencia de los necesitados, creando un “asilo/albergue/hospital”, donde los que no tenían techo podían pasar la noche y los enfermos, encontraban consuelo y cuidados. Además destaca que los cuidados enfermeros van dirigidos a todos, enfermos y gente sana, independientemente de las dolencias físicas, clases sociales, creencias y dificultades biológicas.

La práctica de cuidados de enfermería que desarrolló San Juan de Dios en los hospitales que fundó y que posteriormente se expandió a toda España ha sido analizada por diversos investigadores, quienes coinciden en destacar dos grandes aspectos por un lado los valores cristianos que San Juan de Dios inyectó a los cuidados de enfermería y por otro la gran influencia que tuvo su hospitalización en el hospital Real de Granada que se observa al organizar la gestión del cuidado.

A continuación se describen los diferentes aspectos que caracterizan los cuidados de enfermería de la congregación San Juan de Dios visto por los diferentes historiadores de enfermería que han analizado su práctica:

La hospitalidad cristiana, según Fernández y Siles (2008) “es un mecanismo altruista, mediante el cual la persona que cuida de los enfermos, incluso aquellos enfermos incurables e infecto-contagiosos, merecía ganar la gloria divina, como

recompensa por la caridad practicada al prójimo”(parr.4). La Granada del siglo XVI vivía un ambiente de desigualdades, por un lado un ambiente de triunfo por la conquista y por otro un ambiente de miseria, injusticias y pobreza. Juan de Dios comprendió que el pobre, el débil y el enfermo no formaban parte del esquema social y sintió el llamado a la *hospitalidad* y se entregó totalmente a practicarla. Asumió que lo bueno para él y los demás comenta Martínez (2002) “era amar con ternura hasta el extremo: la única fórmula de caminar de la mano de Dios y ayudar a los demás a alcanzar esa mano de misericordia que Dios tiende al pobre, al enfermo, al humilde” (p.103).

La caridad cristiana que consiste en socorrer a los atribulados, compadecerse de los humildes, levantar a los caídos, tender la mano a los que la necesitan y curar a los enfermos. Juan de Dios expone Martínez (2002) “con su entrega y dedicación total al mundo del dolor, es un fiel exponente de ello. Con estos sentimientos ayudo a caminar a los hombres necesitados y enfermos para alcanzar el favor de Dios”(p.105). Aquel postulado cristiano “curar toda enfermedad y dolencia” fue vivido particularmente por Juan de Dios, su figura carismática fue seguida por sus primeros hermanos, luego impacto en la iglesia, en otras instituciones y en la sociedad.

Ventosa (1993) en su libro historia de la enfermería española cita extracto textual de las constituciones de la orden de SJDD (1587), en donde según este autor queda patente el concepto asistencial que tenían los hermanos hospitalarios:

“...exhortamos a nuestros *Hermanos que con todo amor reciban en sus Hospitales pobres enfermos sin diferencia ni excepción de personas...*” (p.79).

La solidaridad, Juan Ciudad según describe Martínez (2002) “esta atento a todos los detalles del enfermo sin herir sus sentimientos y en sintonía con el evangelio

y la doctrina de la Iglesia; comparte todo su ser y todo su haber, dando lo poco que tiene y lo adquiere con su trabajo; la limosna. Lo vive desde lo profundo de su alma en amor compartido con todo lo que podía y adquiriría, en visión profética y comprensión de los tiempos en un servicio que atiende a los enfermos en calles y portales”(p.106).

El humanismo, desde el año 1539 hasta su muerte en 1550, San Juan de Dios se dedicó con obstinación a realizar hechos y a escribir sus teorías sobre gestión y principios filosóficos para los hospitales. *Su visión humanística* la desarrolló en actividades de enfermería integrales, antropológicas y éticas. Y como hijo del renacimiento español concluyen Fernández y Siles (2008) “sintió la necesidad de implementar una filosofía humanística, antropológica y ética a la asistencia de enfermería que fuese coherente con el individuo y la colectividad” (párr. 33).

La buena administración, según lo que revela en sus cartas el mayordomo debía ocuparse de las funciones generales y del sostenimiento del hospital. Además lo característico de la época era solicitar caridad a las personas adineradas (Eseverri, 1992). El reglamento que Juan de Dios creó para el funcionamiento del hospital de Granada en 1580 se extendió dentro y fuera de España, ya que en esa época contaban diecisiete hospitales de la orden en España y tres o cuatro en América (Eseverri, 1995).

El altruismo, que para la cultura cristiana significa pensar e interesarse por los demás. A partir del altruismo señalan Fernández & Siles (2008) “surgió el cuidado de los enfermos como una obra de misericordia: dar de comer a los hambrientos, dar de beber a los sedientos, vestir a los desnudos, visitar a los presos, albergar a los que no tienen lugar para vivir, cuidar a los enfermos y enterrar a los muertos” (párr.6). Estos autores analizan el origen y desarrollo de la cultura de los cuidados en el renacimiento español a partir de la perspectiva de San Juan de Dios. Destacan como los valores

religiosos de *altruismo y caridad* son un modelo de gran influencia en la cultura de los cuidados que San Juan de Dios pauto e impuso con normas y reglamentos en su congregación que luego se extendió a toda España y América.

Los cuidados amplios del cuerpo y del alma como filosofía de enfermería, para Eserverri (como es citado en Fernandez & Siles, 2008) “la enfermería propuesta por San Juan de Dios es más que la prestación de cuidados físicos, pues incluye la prestación de cuidados integrales, es decir cuidados físicos, mentales, psicológicos, éticos religiosos y sociales”(parr.17). La cultura de los cuidados desarrollada por Juan de Dios constituye un ejemplo de sensibilidad de la enfermería por las cuestiones sociosanitarias que debe ser estudiada por los investigadores (Fernandez & Siles, 2008).

La clasificación de patologías, las cartas de San Juan de Dios (como es citada en Fernandez & Siles, 2008) muestran la gran influencia que tuvieron las normas que aprendió en el Monasterio-Hospital de Guadalupe en relación a la *clasificación de patologías* “siendo esta casa de carácter general se reciben en ella enfermos y gentes de todas las clases, habiendo allí tullidos, mancos, leprosos, mudos, locos, paralíticos, tiñosos y otros muy viejos y muchos niños” (parr.32).

La moral y la ética, de las acciones Juandedianas se basaron en tres niveles: el sociológico que se preocupaba del hombre, sus circunstancias y necesidades; el jurídico que consistía en modificar el trato inhumano y cruel que se daba a los enfermos mentales y el trascendente que asumió la antropología moral viendo en el ser humano con necesidades psico-socio-espirituales, considerando además los factores culturales. La antropología de San Juan de Dios se revelaba en la defensa de los valores humanos (Fernandez & Siles, 2008).

La nutrición, Eserverri (2001) en su artículo “Juan de Dios y el regente de España” nos muestra como los conocimientos que adquirió durante su reclusión hospitalaria como enfermo mental, especialmente de *nutrición* influyeron positivamente en el cuidado que el propiciaba para todos sus pacientes, destacando la capacidad de procurar alimentos variados y apetecibles para los moribundos.

Para Finalizar Nogales (2003) analiza la expansión de la obra de Juan de Dios tanto en España como Europa y en el nuevo mundo y deduce que debía existir un sistema planeado y una disposición del funcionamiento, de estos hospitales que debía copiarse con todo rigor. Según esta autora este sistema se caracterizaba por “buena planificación y organización del trabajo; una correcta administración; conocimiento y buen ejercicio de la practica de cuidados; existencia de una enseñanza programada, con la que debía prepararse a los hermanos de la orden” (p.25)

2.5 Cuidados de salud en las culturas prehispánicas

Con el objetivo de conocer las practicas de salud que se desarrollaban en América antes de la llegada de los españoles se realiza rastreo bibliográfico en buscadores BIREME y Google Académico utilizando los descriptores: indígenas sudamericanos, salud y mapuche . Los resultados muestran abundante literatura en relación a: la situación actual de salud de los pueblos indígenas; las características de salud que presentan los integrantes de determinados grupos indígenas y los cuidados de salud intercultural. A partir de estos estudios se pudo rescatar información acerca de cómo eran las practicas de salud en los pueblos indígenas de América prehispánica. En base a la literatura recopilada se muestra una visión general de las creencias en salud de algunos de los pueblos indígenas sudamericanos y se finaliza con la cultura Mapuche y sus concepciones de salud.

El indígena se siente rodeado de fuerzas que no controla, no conoce y que le acechan haciendo peligrar su salud e integridad. Por lo tanto salud y enfermedad en el sistema de salud indígena comenta Flores-Guerrero (2004) incluye un compuesto de ideas , conceptos, creencias , mitos y procedimientos relacionados con enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Estos son transmitidos de generación en generación por la tradición oral al interior de las comunidades.

Para Ackerknecht (1985) los diversos pueblos indígenas americanos prehispánicos tenían una visión holística de las enfermedades puesto que tomaban en consideración su medio natural, social y cultural, a través de la observación sistemática y continua del ver y recordar, de igualar la planta, el órgano y la enfermedad, de

adivinar a través del augurio, del éxtasis y la iluminación. Observándose una gran uniformidad en sus practicas de salud. De acuerdo con este autor “la medicina primitiva es mágico religiosa, utilizando unos pocos elementos racionales” (p.23).

A continuación se describen los conceptos de salud para los diferentes culturas indígenas sudamericanas recopiladas por la universidad pedagógica nacional Francisco Morazán- Dirección de Investigación OPS/OMS-Honduras (como es citada en Flores-Guerrero, 2004):

Los *Kichwa* del Ecuador veían la salud como el logro del equilibrio y armonía entre lo físico, espiritual y mental en el individuo, la comunidad, la cultura, la naturaleza y la tierra o *Allpamama*.

Para los *Aymara* de Bolivia el concepto mas aproximado a salud sería “*kankaña*” que significa bienestar, paz moral e integridad física.

Por su parte para las comunidades amazónicas del distrito *Tahuanía-Ucayalí* en Perú la salud se presenta como un equilibrio entre: hombre/espíritu, hombre/familia, hombre/grupo social, hombre/naturaleza.

Los pueblos indígenas ubicados en el sureste de Colombia y cuyo grupo mayoritario era el Tucano pensaban que la salud y la enfermedad se basaba en la relación de convivencia positiva o negativa del individuo con la comunidad biológica y social. Su relación era ecológica ya que pensaban que al enfermarse la relación de los seres vivos con la naturaleza, se enferman las personas.

Por su lado para los indígenas *Cuna* de Panamá la enfermedad es el resultado de la lucha entre las fuerzas del mal y el hombre. Los espíritus malignos están por todas

partes dispuestos a hacer daño al ser humano. Existen algunas enfermedades que las explican de origen natural, pero en la mayoría de los casos el rapto del alma por los demonios es causa de la enfermedad. Sin embargo los *ngöbes* de Panamá ven la salud como producto de una relación armónica, con el medio ambiente, con los seres humanos, con la naturaleza y con los dioses.

Para los *Miskitos* de Nicaragua la salud esta configurada por sus experiencias históricas y su visión espiritual del mundo. Una persona sana es alegre, se viste mejor, se mira gordo, esta contento con su trabajo y le gusta su vida.

Finalmente los indígenas *Huichola* de México piensan en que las causas de enfermedad y de muerte que no se atribuyen a la vejez pueden ser producto del enojo de alguna deidad que envió la enfermedad por haber faltado a un ceremonial. Otra causa seria la magia malévolas y la tercera causa seria la perdida del alma.

Todas estas culturas comparten una visión predominantemente holística. En donde el bienestar es entendido como un funcionamiento armónico de los aspectos físicos, mentales y espirituales de la persona el que debe estar en armonía con el medio ambiente social, cultural y natural (Ackerknecht,1985).

2.5.1 Cuidados de salud en la cultura Mapuche

Su religiosidad esta estructurada por complejas formas de ver el mundo que conforman un conjunto de creencias y rituales sagrados que están presentes en la vida cotidiana y en el lenguaje del pueblo. Creencias que están personificadas en la Machi que tiene el poder y el respeto de la comunidad por su relación con los dioses, que forman parte de una estructura mayor de comprensión del mundo relacionada con el cosmos y la naturaleza, congregando a la sociedad en una sola expresión de moralidad religiosa (Dillehay, 1990), que involucra a vivos y muertos (Rodríguez, C. & Saavedra, A., 2008).

La cosmovisión es el todo, la armonía, el equilibrio, el hombre, la naturaleza y lo que ocurre. (Mires, 1992).

El universo mapuche y su concepción se encuentran sintetizados en el *rehue* que es una figura antropomórfica con siete escalones que en su parte superior representan el *wenu mapu* (cielo), en la intermedia el *mapu* (la tierra) y la inferior el *anka wenu* y *minche mapu* (infierno). Es plantado frente a la *ruka* (casa) de la *machi*, adornado de grandes ramas de canelo, laurel, maki y dos pares de coligues con banderas blancas y celestes. El *rehue* es el puente de conexión del mundo natural con el sobrenatural, la *machi* al entrar en trance salta sobre el y se eleva hacia el mundo del *wenu mapu* (tierra arriba). En su base contiene remedios, plantas, semillas, alimentos (Ñanculef, 2006).

Para Grebe (1972) “*la visión cósmica mapuche es dualista y dialéctica : el wenu mapu contiene sólo al bien (tesis); el anka wenu y minche mapu representan sólo el mal (antítesis); y en la tierra coexisten el bien y el mal en una síntesis que no implica fusión, sino yuxtaposición dinámica. La verdadera polaridad tiende a la unión; y la*

conjunción de dos fuerzas opuestas es una condición necesaria para lograr el equilibrio cósmico dualista” (p. 49).

En el caso de la cultura mapuche es la naturaleza quien vincula a su gente con sus antepasados y su historia. Naturaleza que forma parte de su ser. Este vivir y ser parte de la naturaleza implica que la idea de salud vaya mas allá (Flores-Guerrero, 2004).

Para Grebe (1972) el concepto de enfermedad de los mapuches se desprende de una visión dualista del mundo, en el que predominan elementos naturales o mágico-religiosos por sobre los naturales o empírico-rationales. Por lo tanto se deben considerar los desequilibrios ambientales y sociales y es necesario abordar las enfermedades como desequilibrios del ecosistema humano.

Las enfermedades tienen causas naturales y sobrenaturales o mágicas. De las naturales la mas conocida es el *rekutran*, atribuido a los cambios de temperatura, la mala alimentación y el exceso de trabajo (Citarella, L., Conejeros, A., Jelves, I., Oyarce, AM., Vidal, A et al 2000; Flores-Guerrero, 2004 & Neculhueque, C. 2005). Entre las sobrenaturales esta el *wekufetun* producida por el *wekufe* o espíritu maligno; el *kalkutun* producida por el *kalku* o brujo y aquellas producidas por la acción de diversas deidades mapuches o *wenu mapu kutran* (Carbonell, 2011; Flores–Guerrero, 2004 & Neculhueque, C. 2005).

El diagnostico de las enfermedades es realizado por la *machi* quien utiliza procedimientos mágicos o adivinatorios como el *pewutun* en el que utilizando la ropa del enfermo detecta la enfermedad y procedimientos empíricos como un examen físico en el que a través de la palpación, la observación visual, la anamnesis, el pulso y la

observación de la orina (*pewtuwun willenmeo*) hace el diagnóstico (Flores-Guerrero, 2004; Kraster, 2003 & Neculhueque, C. 2005). La *machi* puede curar o matar, usa el bien y el mal, tiene poder para hacerlo es una médium entre lo terrenal y lo cósmico. Asume funciones de sacerdotisa y adivina (Carbonell, 2011).

Las enfermedades son tratadas por la *machi* o por una *lawentufe* (yerbatera) o una *dafeche* (dueña de casa) entendida quienes utilizan infusiones, masajes, compresas, enemas, vómitos, etc. (Flores Guerrero, 2004).

La *machi* se concentra en el *kultrun* (tambor sagrado) en su sonido y con un canto de rogativas y movimientos corporales logra un estado de conciencia alterado. En ese momento vuela al *wenu mapu* a reunirse con los dioses quienes le indican el mal que padece el enfermo (Carbonell, 2011 & Neculhueque, C. 2005).

El *machitún* es un ritual de curación familiar y comunitario. A través de esta ceremonia lleva el mal hasta su boca escupiendo y expulsando el daño o traspasándolo a un animal a través del aliento. El animal será sacrificado para leer en sus entrañas el diagnóstico y luego será quemado para expulsar la enfermedad (Carbonell, 2011 & Neculhueque, C. 2005).

Según la cultura mapuche “todo tiene un espíritu que lo hace mover, que da vida. Si no la naturaleza estaría muerta”(Grebe, 2005).

CAPÍTULO III

3. MARCO TEORICO

3.1 El paradigma Hermenéutico

La palabra *Hermenéutico* proviene del griego “hermeneuo”, cuyo significado es “interpretar” o “explicar”. Se ha considerado como el arte de interpretar textos para fijar su verdadero sentido, y especialmente el interpretar los textos sagrados (Diccionario de la Real Academia Española, 2011).

Se entiende por hermenéutica a la corriente filosófica que a partir de la fenomenología de Husserl, surge a mediados del siglo XX y tiene como máximos exponentes a Hans Georg Gadamer, Martín Heidegger y Paul Ricoeur, quienes adoptan una postura definida en relación al problema de la verdad y del ser, definiendo la verdad como fruto de la interpretación y el ser (hombre y mundo) como el resultado de su realidad histórica que se comporta similar a como lo hace la escritura. Esta corriente denominada tradición “simbólica – interpretada”, surgió como alternativa al paradigma “empírico-analítico”, como una forma de comprender problemas del ámbito social que no se pueden comprender desde la metodología cuantitativa. Entre sus postulados está considerar: que la realidad es interna, idealista y realista; que es necesaria una relación entre teoría y práctica y que el conocimiento tiene un significado subjetivo.

Para villa (2006) *Hermenéutica*, se define como el arte de interpretar textos para fijar su verdadero sentido. Inicialmente se uso en el estudio de la Teología y se aplicó a la interpretación de las Sagradas Escrituras. A partir del siglo XIX se ha ampliado hasta abarcar teorías filosóficas del significado y la comprensión, teorías literarias de interpretación textual e investigación en ciencias sociales y humanas.

Villa (2006) afirma “el objetivo fundamental de la hermenéutica es proveer los medios para alcanzar la comprensión del objeto o escritura que es interpretado, sorteando los obstáculos que surgen de la complejidad del lenguaje o de la distancia que separa al intérprete del objeto investigado (p.1). Según este autor aunque en los inicios se usó la hermenéutica solo para la interpretación bíblica, actualmente su objeto de estudio se ha extendido en general a todas las ciencias sociales y humanas cuando la orientación del investigador es comprender.

El paradigma hermenéutico-crítico utiliza técnicas e instrumentos de carácter comunicativo e interpretativo que explican el fenómeno en estudio y que se derivan de la interpretación de los resultados y conclusiones obtenidas. (Fernandez & Siles, 2008).

Según refiere Mardones (1991) podemos encontrar como representantes de este pensamiento a filósofos, historiadores y científicos sociales alemanes como Droysen, Dilthey, Simmel y Max Weber, con los neokantianos de la escuela de Baden, Windelband y Rickert. Fuera de Alemania se puede citar al italiano Croce y al inglés Collingwood como representantes afines a los anteriores y de tendencia más idealista. De acuerdo con este autor lo que vincula a estos intelectuales es su antagonismo a la filosofía positivista. Además Mardones (1991) enumera cinco elementos comunes entre ellos a saber “El rechazo al monismo metodológico del positivismo; rechazo a la física – matemática como canon ideal regulador de toda explicación científica; rechazo del afán predictivo y causalista y de la reducción de la razón a razón instrumental” (p.30).

Paradigma hermenéutico adaptado a la enfermería

Aplicado a la investigación histórica el paradigma hermenéutico permite interpretar los significados que las diferentes culturas a lo largo del tiempo le dieron a los cuidados que históricamente han sido delimitados como el objeto de conocimiento de enfermería.

Pensando en el ser humano como un “homo dúplex” (objeto de saber y sujeto que conoce) y que presenta una necesidad alterada, está es el principal objetivo de enfermería y supone una intervención que modifica la realidad. La hermenéutica permite considerar e implicar al individuo en el proceso de intervención social lo que da paso al interaccionismo es decir aprovechar el conocimiento subjetivo (Siles, 1997).

Aplicada a la enfermería en donde según refiere Siles (1997) “el objeto de la disciplina: los cuidados del ser humano en el intervalo salud enfermedad” la hermenéutica facilita la comprensión y el acercamiento al otro lo que permite descubrir los significados que le da a aspectos como la salud y la enfermedad. De esta forma contribuye a desarrollar una enfermería centrada en el paciente y en sus significados.

Finalmente la hermenéutica puede darnos una aproximación del conocimiento práctico de enfermería. A través de la búsqueda de significados de fenómenos experimentados por las enfermeras al proporcionar sus cuidados podemos obtener significados compartidos que permitirán solucionar los conflictos y mejorar la práctica de enfermería y por ende los cuidados de salud del individuo, familia y comunidad.

3.2 Marco Conceptual: La Nueva historia una historia social

La Nueva Historia o “Nouvelle Histoire” como la llamaron sus fundadores se caracteriza por su heterogeneidad, pues no hay consenso metodológico, político ni intelectual. Comenzó alrededor del año 1968 y está marcada por la división. Se trataba de una corriente unida solo a los ojos de sus admiradores extranjeros y de los detractores del propio país, quienes cuestionaban su nulo interés por la política y la historia de los sucesos. (Burke, 1996)

Sus fuentes de inspiración fueron Lucien Febvre, Jules Michelet y Michel Foucault. Estos historiadores, encabezados por Jacques Le Goff y Pierre Nora, inventaron un término, "La Nueva Historia", para clasificar a su propia producción, en un intento de marcar la novedad historiográfica que suponían. Según Le Goff, Chartier, & Revel (1xxx), la Nueva Historia nace para responder a nuevas preguntas a un público más amplio, interiorizando los métodos de la antropología. Aparece el interés por el acontecimiento, por la historia política, por la historia de las mentalidades y de las representaciones, por la historia total.

Para Le Goff & Nora (1985) lo novedoso de la nueva historia “resulta de tres procesos: nuevos problemas ponen en tela de juicio a la misma historia; nuevos enfoques modifican, enriquecen, trastornan los sectores tradicionales de la historia; nuevos temas aparecen en el campo epistemológico de la historia” (pagina 8).

El concepto de la nueva historia parte de una toma de conciencia de los historiadores que observan el relativismo de su ciencia que no dispone mas que de un termino para su objeto de estudio y para si misma. Esta oscilación entre la historia

vivida, la historia construida y la fabricada obliga a los historiadores a preguntarse sobre los fundamentos cognitivos de su disciplina (Le Goff & Nora, 1985).

La nueva historia sufre las agresiones de la ciencias sociales en donde abunda la cuantificación y se transforma en el laboratorio de hipótesis de la demografía y de la economía. Abandona el impresionismo por el rigor estadístico y se reconstruye a partir de los datos cuantificables de la documentación. No se desvincula del humanismo pero evalúa los pro y los contra de una subordinación a lo medible. Rechaza la filosofía de la historia y no se conforma con las ilusiones de la historia positivista, pasando mas allá de la crítica decisiva del hecho histórico para transformarse en una tendencia conceptualizante. Sufre el ataque de las demás ciencias humanas que amenazan con absorberla y disolverla y que invaden el campo que ocupaba en solitario en calidad de sistema de explicación de las sociedades en el tiempo. La provocación más grave a la que se ve expuesta es una nueva concepción de historia contemporánea que va en busca de si misma a través de las nociones de la historia inmediata o de la historia del presente que se niega a reducir el presente en un pasado inicial y por lo tanto pone en tela de juicio la definición de la historia como ciencia del pasado (Le Goff & Nora, 1985).

La nueva historia se hace mediante profundizaciones que no ponen en tela de juicio los problemas fundamentales de ciertos sectores históricos como la historia económica fuertemente unida a las noción de crisis, que le permite encontrar nuevamente, a través de la coyuntura, la ordenación y el mecanismo de un conjunto. O tal vez se desborde a si misma con la integracion de la historia económica social, religiosa, etc. En fin la historia se afirma como nueva anexandose nuevos objetos,

nuevos temas que escapaban hasta el presente a su alcance y estaban fuera de su territorio (Le Goff & Nora, 1985).

Para Burke (1993), “la nueva historia es una historia escrita como reacción deliberada contra el paradigma tradicional”(pagina 13). Según este autor no es fácil definirla pero si se puede reconocer si se contrasta con el paradigma tradicional que presenta la historia como solamente política.

La nueva historia se interesa por todo lo que involucre la actividad humana. Todo tiene una historia comenta Haldane (como es citado en Burke, 1993), es decir todo tiene un pasado que puede ser problematizado. Se hace historia de asuntos que antes permanecían en la oscuridad como por ejemplo la locura, la muerte, etc. Aquello que antes se consideraba que no variaba , ahora se visualiza como una construcción cultural que varía en el tiempo y en el espacio. Para Burke (1993) “el fundamento filosófico de la nueva historia es la idea de que la realidad esta social y culturalmente constituida” (pagina 15).

A diferencia de la historia tradicional que era en esencia una narración de hechos la nueva historia esta más preocupada por el análisis de las estructuras. Lo que realmente importa son los cambios económicos y sociales a largo plazo y los cambios geo históricos a muy largo plazo y también admitir que el tiempo presenta ritmos determinados tal como lo estableció Braudel.

La nueva historia se interesa por la historia desde abajo y en este sentido se hace historia social (Siles,1999), es decir le da voz a los sin voz. Le interesa lo que la gente corriente puede contar acerca de su experiencia en el cambio social. Los historiadores

han desviado su atención de los grandes ideas o equivalente a grandes hombres a la historia de las mentalidades colectivas (Burke, 1993).

La nueva historia observa limitaciones a los registros oficiales que generalmente expresan el punto de vista oficial y se abre a la opción de buscar nuevas fuentes para reconstruir la historia de los de abajo, de las mentalidades. Algunas de estas fuentes serán orales, visuales, se buscara información en los documentos que fueron escritos con otro fin como por ejemplo las cifras del comercio, de la población de votantes, etc.

La nueva historia desde la perspectiva de Le Goff (1998) es una historia problema, una historia abierta a otras ciencias, a una discusión interdisciplinar, que contribuye a ampliar las fronteras de la historia tradicional y las entiende como fronteras con las demás ciencias sociales. Según Burke (1993) “su interés por toda la gama de actividades humanas la estimula a ser interdisciplinarios, en el sentido de aprender de antropólogos sociales, economistas, críticos literarios, sicólogos, sociólogos, etc., y colaborar con ellos” (pagina, 19).

La nueva historia asume que es un sueño el ideal de contar los hechos tal como pasaron. No podemos evitar los prejuicios asociados al color, el credo, la clase social o el sexo, es decir no podemos evitar mirar el pasado desde una perspectiva particular. Este relativismo cultural se aplica a la historiografía como a sus objetos de estudio (Burke, 1993).

La humanización y la idea de la historia como la vida misma despiertan un interés por la gente común que hace que la historia y el historiador valoren especialmente todo lo humano y todo lo que se relacione con el colectivo social. Como

consecuencia de esto hay una gran inquietud de conocer todo lo humano lo que provoca un contacto con las otras ciencias, desarrolla la búsqueda de nuevos datos y facilita el surgimiento de nuevos métodos que permitan entender mejor la historia de la humanidad. Este ideal es clave para entender los fundamentos que permiten ampliar el campo de la observación histórica, utilizar nuevas fuentes y poner en uso el concepto de historia total que es una de las notas características de la Nueva Historia (Rodríguez, 1984).



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

3.3 Estructuralismo y Antropología Estructural: Lévi-Strauss como paso previo para el modelo estructural dialéctico

El estructuralismo nace a partir de los avances que finales del siglo XIX y principios del XX surgen de la fonología, la lingüística y la estética. Influyó en la antropología, en la filosofía de la historia y de la política, y solo en los años cincuenta se manifestó abiertamente como una actitud fundamental del espíritu en el arte, la ciencia y la filosofía.

Según nos comenta Broekman (1979), el estructuralismo:

“...pone en tela de juicio la singularidad y autenticidad del hombre en el sentido autárquico tradicional. En el transcurso de la vida humana, solo algunas veces y por breves instantes asoma el hombre; por lo general se debe considerar como un simple elemento dentro de un sistema más vasto. Más que de libertad del hombre habría que hablar de su imbricación y de su vinculación estructural. Solo raras veces se destaca su conciencia como autarquía del ser; es más bien un producto del ser, que sólo entendido así puede resultar operante y productor; la conciencia no hay que tomarla como condición sino como algo condicionado” (pag.8).

Los análisis funcionales vinieron a reemplazar la hermenéutica tradicional. Ya no importa la esencia del hombre, lo que ahora preocupa es su función específica en el contexto de determinadas subculturas y culturas. El modelo histórico se libera del patrón de las ciencias de la naturaleza y sobre todo de cualquier sistema teórico. Se ve al humanismo como demasiado ideológico hacia la filosofía y varios filósofos de París viran hacia un antihumanismo activo para no ser víctimas de mistificaciones. El

problema de la historia humana hay que enfocarlo como un constante proceso transformativo. El mundo del hombre ya no tan histórico se revela como un mundo de signos (Broekman, 1979).

Surge una ruptura con el pasado y se produce cuando Lévi-Strauss hablando de las sociedades y Lacan del inconsciente (como son citados en Broekman, 1979) señalaron “que el “sentido” probablemente no es más que un efecto de superficie, como una espuma; que lo que más profundamente nos penetra , lo que existe antes que nosotros, lo que nos sostiene en el tiempo y en el espacio es precisamente el sistema...”

El debate estructuralista se efectúa empleando conceptos lingüísticos, como la oposición entre el *langue* y *parole* (lenguaje como sistema y lenguaje como palabra, se remonta a De Saussure), entre *signifiant* y *signifié* (significante y significado), entre *code* (elemento de un sistema lingüístico) y *message* como noticia, uso lingüístico, entre *synchronie* y *diachronie* (sistemática y ciencia de la historia). Conceptos sacados de una ciencia general de los signos (Broekman, 1979).

El estructuralismo se apoya en la idea de que los conceptos que se han tomado de la lingüística pueden servir a las cuestiones filosóficas, literarias, sociales y epistemológicas; parte del supuesto de que sólo del mundo de las ideas es posible dar una solución adecuada a tales problemas.

Para Barthes (como es citado en Broekman. 1979):

“el objetivo de cualquier actividad estructuralista, sea de carácter reflexivo o poético, consiste en reconstruir un “objeto” de tal modo que en su reconstrucción aparezcan las reglas de su funcionamiento... El hombre estructural toma en sus manos la realidad dada, la descompone y la vuelve a

recomponer. En apariencia esto es poco; y sin embargo ese poco, visto desde otro punto de vista, resulta decisivo... Creación o reflexión no son aquí copia del mundo fiel al original, sino verdadera producción de un mundo que se parece al primero, pero al que no pretende copiar sino hacer inteligible” (pagina.11).

El estructuralismo es una teoría que afirma que en toda sociedad humana existen estructuras a través de las cuales se produce el significado dentro de una cultura. Según esta teoría en una cultura el significado es producido y reproducido a través de diversas prácticas , fenómenos y actividades que sirven como sistemas de significación (preparación de comidas, ritos religiosos, juegos, cuidado de salud, etc).

El iniciador y más prominente representante de la corriente fue el antropólogo y etnógrafo Claude Lévi-Strauss (década de 1940), quien analiza fenómenos culturales como la mitología, los sistemas de parentesco y la preparación de la comida. Lévi-Strauss, comenta Bolivar (1985) “destaca por ser el primero que extiende el análisis estructural, procedente de la lingüística (*Saussure, Trubetzkoy y Jakobson*) a un campo no lingüístico: los productos culturales (sistemas de parentesco, mitos, sistemas culturales) fundando así la antropología estructural” (pag. 48).

Lévi-Strauss (1987) “parte de la diversidad y está dominado por la preocupación de hallar, tras la diversidad, ciertos contenidos universales idénticos en todas las culturas” (pagina 14). De esta forma se establecen los fundamentos de comparación entre culturas y al mismo tiempo la necesidad de estudiar minuciosamente las diferencias. Así como la antropología se ocupa del hombre y sus obras , la visión estructuralista afirma la identidad del hombre y la diversidad de sus obras.

El etnólogo por lo tanto deberá descubrir las relaciones estructurales comunes y las transformaciones que se efectúan en cada sociedad. Un grupo social forma parte de un grupo cultural mas amplio, todas las culturas están estructuralmente relacionadas lo que permite establecer principios generales. Finalmente estructura es un modelo teórico elaborado por el etnólogo para explicar las relaciones empíricas. Los sistemas culturales tampoco tienen un carácter natural sino que pertenecen al orden simbólico, de ahí que pueden ser analizados con métodos lingüísticos (Bolívar, 1985).

Para Lévi-Strauss (como es citado en Bolívar, 1985) la estructura es un modelo de inteligibilidad de los hechos, que no se identifica con ninguna realidad empírica u objeto; mas bien es un modelo teórico que explica la forma y modo en que están relacionadas las partes formando un todo, siendo estas relaciones las que dan valor y significación a cada elemento. La clave de su metodología estructuralista es el diseño de modelos estructurales o sistemáticos que aportan una inteligibilidad a las realidades empíricas observables. Por lo tanto, existe un doble plano: a) empírico que corresponde al funcionamiento real de la sociedad; b) estructural el modelo teórico que lo explica.

Elaborar un análisis estructural, significa como primer paso (Bolívar, 1985):

“-Tomar un campo significativo parcial como objeto de análisis, que forma un todo coherentemente organizado.

-Mostrar luego los principios de interrelación entre los elementos.

-Diseñar después un modelo teórico que explica tales relaciones en forma de estructura.

-Finalmente, poner de manifiesto las estructuras inconscientes que lo hacen posible (pag.58)”.

El modelo estructural no solo debe dar cuenta del estado sincrónico-momentáneo de una estructura, sino que también tiene que dar cuenta de sus transformaciones. Este modelo proclama la primacía de la estructura en la constitución de cualquier hecho -incluido el mismo sujeto consciente- patrocina el estudio inmanente (interno, sincrónico) de los hechos sociales, no permitiendo la intervención de otras instancias trascendentes (conciencia o sujeto). Un método que elimina las corrientes filosóficas de la fenomenología y el existencialismo. Pero sin tan largo alcance, el mismo Lévi-Strauss lo considera una reflexión metodológica sobre una práctica discursiva (Bolívar, 1985).

3.4 Modelo estructural dialéctico para la historia de enfermería: José Siles

González

Siles (2010) indica que para obtener el conocimiento histórico global de enfermería se debe partir analizando las estructuras, es decir fragmentar la realidad (el todo) para identificar los distintos elementos y factores que la componen (elementos y factores constituyentes), estudiarlos en forma aislada y finalizar con una síntesis dialéctica.

Según recomienda Siles (2010) “el historiador de la enfermería debe buscar en la sociedad aquellas estructuras que tienen que ver con los cuidados” (pag. 126). Empezar analizándolas de forma morfológica indagando en sus características internas y específicas y finalizar realizando un análisis pormenorizado de las relaciones que se dan entre las diferentes estructuras (familia-trabajo-mentalidad-instituciones sanitarias-religión-etc) para dar una visión sintética del fenómeno histórico.

Para el estudio de la historia del cuidado es fundamental identificar que estructuras han ejercido en sus funciones la satisfacción de necesidades de la sociedad y por lo tanto han configurado una forma particular de organizar y proporcionar los cuidados (Siles, 2010).

Siles (2010) en su libro Historia de la Enfermería a través de la perspectiva estructural hace un recorrido por las distintas épocas de la historia de la humanidad enmarcándola en unas estructuras que permiten estudiar con mayor claridad los cuidados de enfermería a través de la historia. Utiliza los conceptos de *unidad*

funcional, elemento funcional, marco funcional y reglas. A continuación se presenta una definición de cada uno de estos conceptos según este autor:

Unidad funcional, corresponde a una estructura social básica de socialización primaria que presta cuidados de salud y que ha sido una plataforma cardinal y sólida en las diferentes etapas de la historia de enfermería. En las culturas primitivas la tribu como estructura social elemental y de socialización primaria, es la que se ocupa de la tarea de satisfacción de necesidades y lo hace en dos planos (esquema N° 2):

a) En el plano religioso institucional: la visión animista de los fenómenos naturales, que asigna *anima* a todos los objetos que estaban en su medio y en su vida diaria. Surge la adoración a la naturaleza y el brujo como principal mediador entre la magia y el ser humano

b) En el plano de la vida cotidiana: la distribución de tareas según caracteres biológicos, que sería la fase embrionaria de la división sexual del trabajo. Se asigna a la mujer las labores domésticas

Esta dualidad se ha perpetuado hasta la actualidad y el brujo inicial se ha transformado en el médico y la enfermera en la heredera de los cuidados domésticos.

Reglas forman parte de la unidad funcional y corresponden a las normas con que se organizan los cuidados de salud y dependen del paradigma con que se interpreta la salud y la enfermedad. Desde los inicios en la tribu la mujer cuidadora

se ha ocupado de los cuidados desde la cotidianeidad sin mantener distanciamiento con las personas cuidadas y sin ocupar un lugar destacado en la jerarquía social. A diferencia del hechicero que cura la enfermedad desde un punto de vista mágico distanciándose del resto de la tribu y ocupando un lugar jerárquico en la sociedad tribal. Esto ha dado lugar a un papel en segundo plano a la actividad de cuidar que a través de las diferentes concepciones de salud (sagrada, mágica, mítica, religiosa y tecnológica) a perdurado (mujer, madre, criada, asistente, aya, nodriza, matrona, enfermera).

Elemento funcional, es el agente social encargado de organizar y prestar los cuidados de salud. Desde los inicios de la historia una vez que el hombre descubrió el fuego y pudo asentarse en la cueva, se realizó una división sexual del trabajo delegándose la actividad de cuidar en las mujeres ya que por sus características de fertilidad estaban biológicamente vinculadas al cuidado de los hijos y eran esenciales para la supervivencia. Según Siles(2010) este sería ...el punto de partida de la enfermería...(pag. 96). La función de enfermería en esta fase primitiva era satisfacer las necesidades básicas para el mantenimiento de salud, el cuidado de los enfermos, los cuidados perinatales y la crianza de los hijos. Más tarde con la profesionalización de la mujer los reformistas la integraron al campo laboral con las tareas que tradicionalmente venía desarrollando en el ámbito doméstico (criada, maestra, institutriz, enfermera).

Marco funcional, es una estructura física y funcional que corresponde al lugar en donde se prestan los cuidados de enfermería y que con el transcurso de la

historia ha ido cambiando en relación a los conocimientos de salud-enfermedad y al paradigma de salud imperante (hogar, templo, monasterio, hospital, ambulatorio, clínica).

Esquema N°1

Modelo Estructural para la historia de Enfermería

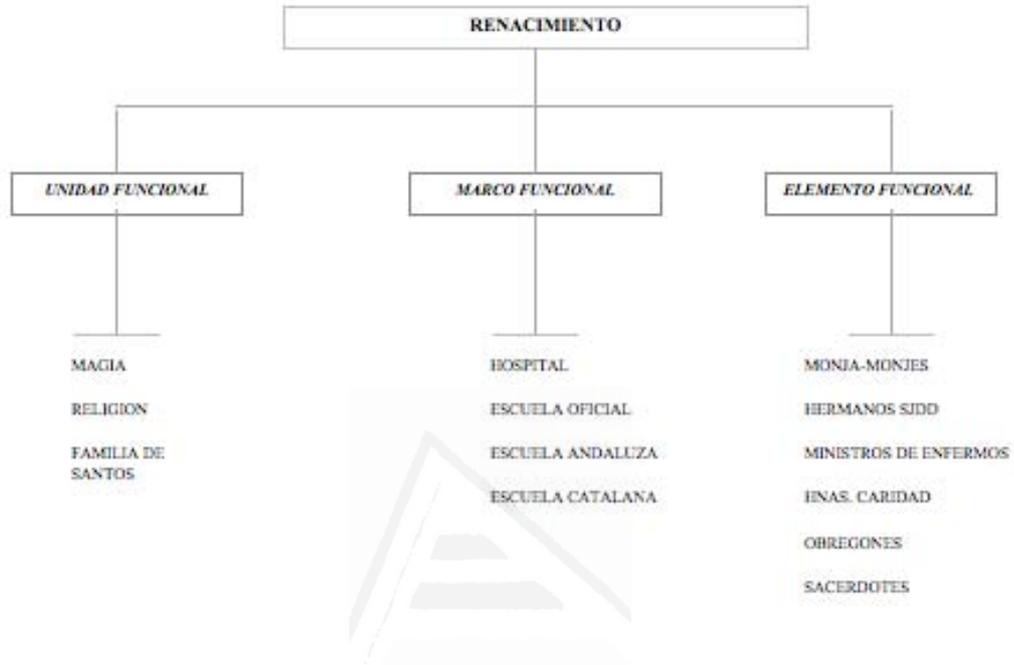
RENACIMIENTO

En el plano de la vida cotidiana



RENACIMIENTO

En el plano religioso institucional



Universitat d'Alacant
Fuente: Historia de la Enfermería. (Siles, 2010)

3.5 Teoría: La Teoría de la Acción, Pierre Bourdieu.

Pierre Bourdieu filósofo por formación, y sociólogo francés (1930 -2002) fue uno de los intelectuales más influyentes de su época. En sus escritos Bourdieu (1997) destaca que lo más importante para entender la teoría de la acción es conocer los conceptos de habitus, campo y capital. Entendiendo para esto que los campos sociales son estructuras objetivas que se encuentran en una relación de doble sentido con los habitus que son estructuras incorporadas. A continuación se describirán los elementos principales de esta teoría tal como son abordados por el filósofo en sus publicaciones.

3.5.1 Espacio social, espacio simbólico y habitus.

Solo se puede entender la lógica de una sociedad si se profundiza en lo particular de su realidad empírica en un contexto histórico dado y en un universo reducido de representaciones posibles. Para explicar su teoría Bourdieu (1997) comienza exponiendo el concepto de espacio social:

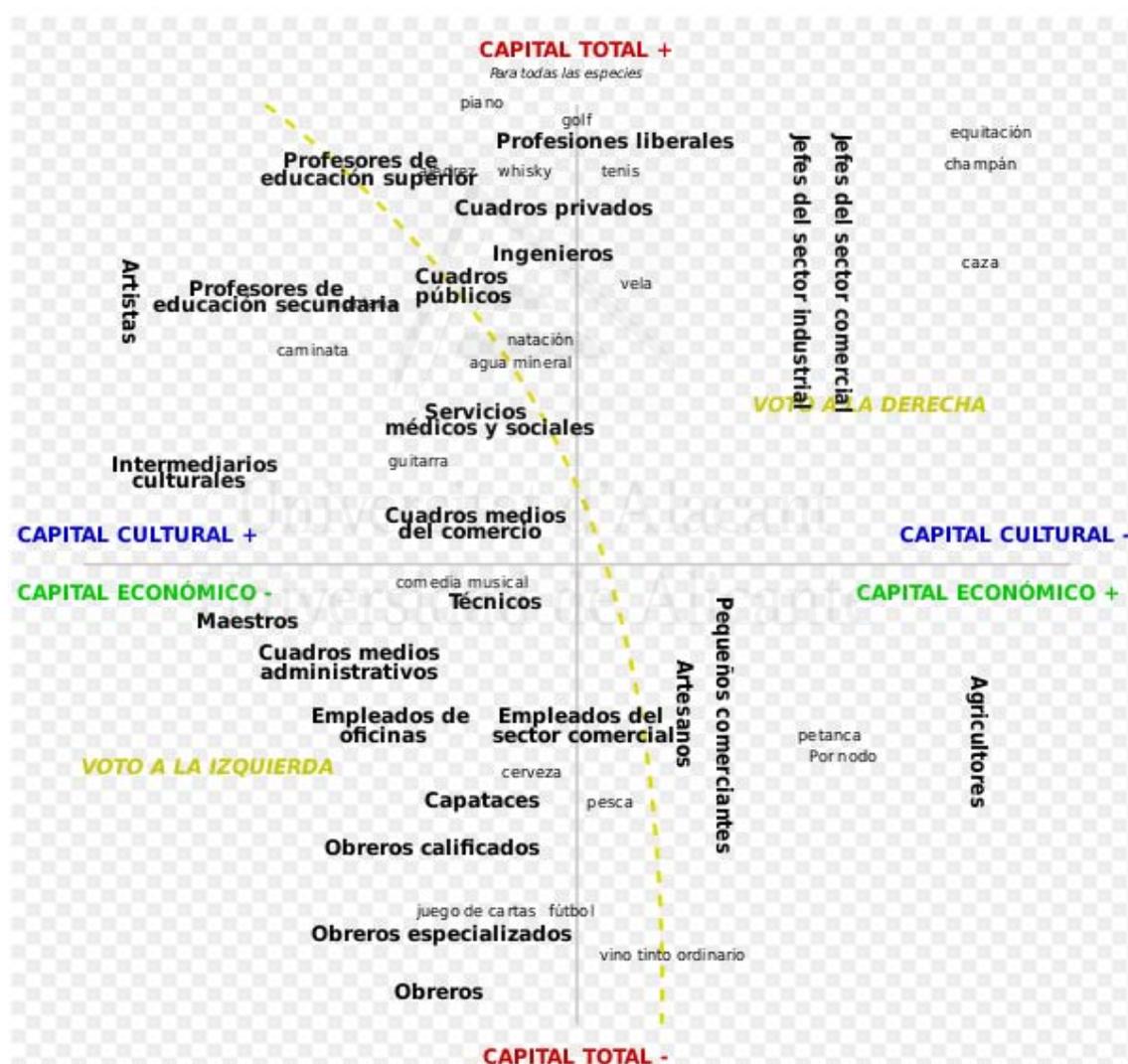
"Es un conjunto de posiciones distintas, coexistentes y externas unas con otras, definidas en relación unas de otras por su exterioridad mutua y por relaciones de proximidad, de vecindad o de alejamiento y asimismo por relaciones de orden como por encima, por debajo y entre" (Pág..16).

El espacio social se instaura de tal modo que los grupos se distribuyen en él según su posición en las participaciones estadísticas de acuerdo con los principios de estratificación capital económico y capital cultural. Es decir mientras más cercanos en ambas dimensiones los agentes sociales tendrán más cosas en común y mientras mas

lejanos tendrán menos en común (Esquema N° 2). Como se sugiere en el diagrama la posibilidad de que un agente se oriente políticamente a la izquierda o la derecha depende del peso relativo del capital cultural y del capital económico en el volumen del capital total como en el volumen de este (Bourdieu,1997).

Esquema N° 2

Espacio de las posiciones sociales y espacios de los estilos de vida



Fuente: Razones Prácticas. Sobre la teoría de la Acción. (Bourdieu, 1997)

De esta forma la posición social se convierte en una toma de posición que tiene unas determinadas características, gustos y aficiones en el espacio social (habitus). Para Bourdieu (1997) no existen las sociedades homogéneas, consensuadas y que tiendan a repetirse y a perpetuarse. La diferencia de espacio social existe y persiste, pero no es suficiente para decir que existen las clases sociales, "lo que existe es un espacio social, un espacio de diferencias, en el que las clases existen en cierto modo en estado virtual, en punteado, no como algo dado sino como algo que se trata de construir"(Pág.. 25).

3.5.2 El concepto espacio social y campo

La sociedad es un sistema relacional de diferencias en el que se dan una serie de campos con sus reglas de juego particulares. Bourdieu (1997) describe así su concepción de las sociedades:

“todas las sociedades se presentan como espacios sociales, es decir estructuras de diferencias que sólo cabe comprender verdaderamente si se elabora el principio generador que fundamenta estas diferencias en la objetividad. Principio que no es más que la estructura de la distribución de las formas de poder o de las especies de capital eficientes en el universo social considerado —y que por lo tanto varían según los lugares y los momentos”

Para Bourdieu (1997) el espacio social es como un campo de fuerzas, que se da entre los agentes que pertenecen al campo quienes se enfrentan con medios y fines diferentes según la posición que ocupen en la estructura del campo, de esta forma contribuyen a conservar y a transformar su estructura.

Bourdieu (1997) habla de los campos como "universos sociales relativamente autónomos" (p. 84). En estos campos los profesionales de la producción simbólica se enfrentan, en unas contiendas cuyo interés es la imposición de principios de visión y de división del mundo natural y del mundo social. La educación, la burocracia, los intelectuales, los religiosos, los científicos, el arte, etc. son campos específicos, es decir, estructurados conforme a conflictos característicos en los que se enfrentan diversas visiones que luchan por imponerse (Aguirre,1997).

Para referirse a los campos Bourdieu (1976) comenta:

“Los campos se presentan a la interpretación concurrente como espacios estructurados de posiciones (o de puestos) cuyas propiedades dependen de su posición en estos espacios, y que pueden ser analizadas independientemente de las características de sus ocupantes (que en parte están determinadas por las posiciones)”.

Un grupo movilizado en la defensa de sus intereses solo podrá existir en la labor colectiva de una construcción teórica y practica; pero no todos tienen las mismas posibilidades de subsistir duraderamente y esto dependerá de cuan cerca estén sus integrantes en el espacio social. Es importante la labor simbólica de constitución para mantener al grupo unido (nombres, siglas, signos de adhesión, etc.), pero también es importante que los agentes sociales estén más propensos en las posiciones sociales, es decir debido a su proximidad puedan reconocerse mutuamente y reconocerse en un mismo proyecto (político u otro).

Para poder comprender los efectos estructurales Bourdieu (1997) se vio en la necesidad de introducir el concepto de:

"Campo de poder (que no hay que confundir con el campo político) no es un campo como los demás: es el espacio de las relaciones de fuerza entre los diferentes tipos de capital o, con mayor precisión, entre los agentes que están suficientemente provistos de uno de los diferentes tipos de capital para estar en disposición de dominar el campo correspondiente y cuyas luchas se intensifican todas las veces que se pone en tela de juicio el valor relativo de los diferentes tipos de capital (por ejemplo la "tasa de cambio" entre el capital cultural y el capital económico)..." (Pág..49-50)

La dominación no es solo el resultado de la acción ejercida por un grupo de agentes (la clase dominante) investidos de dominios de coacción sino que también el resultado indirecto de un conjunto complejo de acciones que se generan en la trama de coacciones dominantes, dominado de esta forma por la estructura del campo a través de la que se ejecuta la dominación, esta sometido por parte de todos los demás.

Algunas propiedades de los campos según Bourdieu (1976) serian: campos diferentes tienen leyes de funcionamiento invariables, de esta forma lo que se pueda aprender de un campo en particular se podrá utilizar para interrogar e interpretar a otro campo; cada vez que se estudia un campo nuevo se descubren propiedades específicas de ese campo; en todo campo nuevo se encontrara una lucha entre dominados y dominadores; cada lucha es específica y hay que investigarla; un campo se determina definiendo los objetos en juego es decir cuales son los intereses específicos irreductibles a los objetos en juego y a los intereses de otros campos; para que un campo funcione es indispensable que haya objetos en juego y personas dispuestas a

jugar el juego, dotadas con las características necesarias (habitus) para entrar en el juego (Bourdieu, 1976).

Con esa concepción este autor analizó campos muy diferentes como el campo religioso, de la alta costura, o el campo artístico y mencionó (como es citado en De Oliveira, 2004) “ estos en consecuencia de las particularidades de sus funciones y su funcionamiento (o, mas simplemente sus fuentes de información) denuncian de manera mas o menos clara las propiedades comunes a todos los campos”.

Bourdieu ve el campo científico como un sistema de relaciones objetivas entre posiciones alcanzadas, que luchan por un objetivo el poder científico, que se traduce en una capacidad técnica y un poder social (Bourdieu,1976). De esta forma el interés por una actividad científica, una pregunta de investigación, una línea, siempre tiene una doble cara , política y epistemológica, como las estrategias utilizadas para satisfacer esos intereses. Existe una integridad de los conflictos epistemológicos y políticos y Bourdieu (1994) argumenta que las investigaciones sobre el poder en el campo científico solo deberían incluir asuntos epistemológicos sin embargo también abordan aspectos políticos (Bourdieu, 1994, p. 124).

3.5.3 El concepto de habitus.

El habitus es uno de los conceptos centrales de la teoría de Bourdieu. Y se refiere a las representaciones sociales que desarrollan los individuos en la forma de pensar, actuar y sentir asociadas a su posición social. Por esta razón las personas de un entorno social parecido tienden a compartir estilos de vida. Para Bourdieu, (1997) el habitus es un conjunto de esquemas establecidos a partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él. Es un esquema socialmente estructurado porque se

han construido a lo largo de la historia del individuo y supone su ingreso en la estructura social. Además es estructurante porque a partir de este esquema se produce el pensamiento, la percepción y la acción del sujeto.

El aprendizaje del habitus es inconsciente a través del cuerpo y mediante un proceso de familiarización práctica de los esquemas que sirven para producir las prácticas adecuadas a la situación y el hecho de incorporar el interés en jugar el juego. A cada posición social distinta le corresponden distintos universos de experiencias, ámbitos de prácticas, categorías de percepción y apreciación que, al servicio del habitus del individuo, serán naturalizados y consideradas cualidades específicas de clase.

A continuación se define Habitus según Bourdieu (1997):

"son principios generadores de prácticas distintas y distintivas" (Pág.. 20)

"es ese principio general unificador que retraduce las características intrínsecas y relacionales de una posición en un estilo de vida unitario. Es decir un conjunto unitario de elección de personas, de bienes y de prácticas" (Pág.. 19).

"Al igual que las posiciones de las que son producto los habitus se diferencian; pero asimismo son diferenciadores, distintivos y distinguidos y también llevan a cabo distinciones" (Pág..19-20).

"Habitus es esa especie de sentido práctico de lo que hay que hacer en una situación determinada" (Pág..40).

Los habitus son elementos de clasificación, principios de visión y de división, gustos diferentes. Diferencian lo que es bueno y lo que es malo, lo que está bien y está mal, lo que es distinguido y lo que es vulgar, etc. Pero no son las mismas diferencias entre unos y otros. Lo más importante es destacar que son percibidos a través de

categorías sociales de la percepción, de estos principios de visión y división, las diferencias en las practicas, en los bienes poseídos, en las opiniones expresadas. Se convierten en diferencias simbólicas y constituyen un verdadero lenguaje. Las diferencias se asocian a las distintas posiciones y funcionan en cada sociedad como un conjunto de sistemas simbólicos.

A través de la noción de habitus Bourdieu (1994) le da valor a la dimensión del aprendizaje pasado. Para el las estructuras sociales como la familia con sus valores y creencias inciden sobre el comportamiento de los hijos. Desde la niñez y de forma natural los hijos incorporan el habitus primario. La convivencia familiar con asentimientos, desaprobaciones, clases de moral, elogios y recompensas entre otras, influyen a los hijos que van construyendo sus gustos mas íntimos, sus gestos, sus aspiraciones, su autoimagen y su autoestima. Incorporando así el habitus primario que estará en el comienzo de las prácticas escolares y será la base sobre la que se inculcara el mensaje pedagógico. Si el mensaje pedagógico se introduce aunque sea parcialmente será el habitus secundario, inculcado por la acción del colegio y será el comienzo de la percepción y de la apreciación de otras experiencias de la persona, incluyendo la formación y el desempeño profesional. Por lo tanto son las disposiciones adquiridas por la experiencia de cada agente social a través de las diferentes etapas de la vida la base de sus percepciones, apreciaciones y acciones (BOURDIEU, 1994).

3.5.4 La noción de Capital.

A semejanza de los economistas Bourdieu utiliza el termino capital para designar un bien concreto, objetivo una riqueza , algo que puede ser aplicado, que se utiliza cuando es oportuno o necesario. A la hora de efectuar sus análisis sociológicos valora como capital no sólo el acumulable en forma de moneda, infraestructuras y bienes materiales intercambiables. De forma metafórica se refiere a otras categorías abstractas de capital y que según el habitus son incorporadas y cita el capital social, el capital cultural, el capital científico y el capital simbólico (Bourdieu (1997)).

Para Bourdieu el capital económico es "la propiedad privada de los medios de producción" (Pág..29). Pero según este autor si sólo se considera capital al dinero, no pueden ser explicados los comportamientos aparentemente altruistas de los agentes que se mueven por el campo. Señala que las prácticas de noble corazón se asientan en una base interesada, pecuniaria, económica, que permite al agente la acumulación de un capital que tiene que ser denominado de otra forma, y que es acumulado por el jugador de muchas maneras: como capital simbólico, en forma de honor, honradez, solvencia, competencia, generosidad, honorabilidad, entrega más allá de toda sospecha. De esta forma Bourdieu (1991) define como capital simbólico:

"este capital negado, reconocido como legitimo, es decir, no reconocido como capital (el reconocimiento en el sentido de gratitud suscitada por los favores puede ser uno de los fundamentos de este reconocimiento) que constituye probablemente, junto con el capital religioso, la única forma posible de acumulación cuando el capital económico no es reconocido" (Pág.. 198).

Igualmente Bourdieu (2003) lo define como:

"El capital simbólico es una propiedad cualquiera, fuerza física, valor guerrero, que, percibida por unos agentes sociales dotados de las categorías de percepción y de valoración que permiten percibirla, conocerla y reconocerla, se vuelve simbólicamente eficiente, como una verdadera fuerza mágica: una propiedad que, porque responde a unas "expectativas colectivas", socialmente constituidas, a unas creencias, ejerce una especie de acción a distancia, sin contacto físico" (p.171-172).

Entonces si el capital simbólico es un crédito, una especie de credencial que la creencia del grupo sólo puede conceder a quienes mas garantías materiales y simbólicas le ofrecen, se entenderá cómo la exhibición del capital simbólico es uno de los elementos que permiten que el capital vaya al capital (Bourdieu,1991).

Entonces el volumen de capital poseído por un agente social dependerá además de la red de relaciones que pueda movilizar y del volumen del capital (económico, científico, cultural, etc.) poseído por los demás miembros del grupo al que está vinculado, es decir todo el capital que de el capital simbólico (De Oliveira, 2004).

Sumado al capital económico el capital social en la mayoría de los casos sirve de medio para la inculcación del capital cultural. De esta forma Bourdieu (como es citado en De Oliveira, 2004) rompe con la idea de que el éxito o fracaso escolar depende de las aptitudes naturales. Para este autor existe una transmisión domestica del capital cultural, por lo tanto el rendimiento escolar depende del capital cultural entregado por la familia. Es así como familias de un nivel socioeconómico alto

impactan positivamente en el rendimiento académico de los estudiantes. Esto porque el capital social que se ha heredado ha sido puesto al servicio de la educación.

Bourdieu (1987) describe el capital cultural en tres estados, a saber: estado incorporado, estado objetivado, estado institucionalizado.

El estado incorporado corresponde al capital cultural que se adquiere en el seno de la familia en donde las familias de nivel socioeconómico alto o de padres profesionales heredan mayor capital cultural a sus hijos, o de una circunstancia concreta como la posibilidad de acceder a un buen colegio o universidad de prestigio confiere un mayor capital cultural a los privilegiados. Para Bourdieu (1987)... "la mayor parte de las propiedades del capital cultural puede deducirse del hecho de que en su estado fundamental se encuentra ligado al cuerpo y supone la incorporación"... (párr. 7).

Según reflexiona Bourdieu(1987) la acumulación del capital cultural implica un trabajo de asimilación e inculcación que consume tiempo, tiempo que debe ser invertido en persona por el inversionista (no puede realizarse por poder): es trabajo personal, de adquisición, del sujeto sobre si mismo (cultivarse).

..."El capital cultural es un tener transformador en ser, una propiedad hecha cuerpo que se convierte en una parte integrante de la "persona", un habito. Quien lo posee ha pagado con su "persona" con lo que tiene de mas personal: su tiempo"... (parr.7)

Este capital personal no puede transmitirse instantáneamente, se adquiere de forma encubierta e inconsciente y queda marcado por sus condiciones primitivas de adquisición; tampoco puede acumularse mas allá de la capacidades del agente en particular, se debilita y muere con su portador (con sus capacidades biológicas, con su memoria, etc.). Como esta ligado a la persona a su ser singular biológico y por ser transmitido hereditariamente siempre encubierto e invisible, se transforma en un desafío para quienes quieren aplicar la distinción entre las propiedades heredadas y adquiridas o las agregadas por el propio individuo a su patrimonio hereditario de forma que logre alcanzar el prestigio de la propiedad innata y los méritos de su adquisición. Es por ello que el capital cultural presenta un alto grado de encubrimiento porque esta predispuesto a funcionar como un capital simbólico, es decir desconocido y reconocido.

El estado objetivado corresponde al capital que es visible en la acumulación de objetos extraordinarios tales como escritos, pinturas obras de arte que muestran el gusto distinguido del agente y que es transmisible en su materialidad. De esta forma Bourdieu (1987) señala "Así los bienes culturales pueden ser objeto de una apropiación material que supone el capital económico, además de una apropiación simbólica, que supone el capital cultural" (parr. 11).

Para Bourdieu (1987) el capital cultural en su estado objetivado se presenta como un universo autónomo y coherente y que pese a ser producto del acontecer histórico, tiene sus leyes trascendentes a las voluntades individuales y como en el caso de la lengua permanece irreductible a lo que un agente o un acumulado de agentes puede apropiarse. Sin embargo no olvidar que este capital subsiste solo en la medida que es apropiado por agentes y comprometido como arma y como apuesta que se

arriesga en las luchas cuyos campos de producción cultural, sean el lugar en donde los agentes logran beneficios a través del dominio de este capital objetivado y por ende en la medida de su capital incorporado.

El *estado institucionalizado* es aquel capital constituido por los títulos y diplomas adquiridos en las instituciones educacionales reconocidas. Según Bourdieu (1987)

"la objetivación del capital cultural bajo la forma de títulos constituye una de las maneras de neutralizar algunas de las propiedades que, por incorporado, tiene los mismos límites biológicos que su contenedor. Con el título escolar –esa patente de competencia cultural que confiere a su portador un valor convencional, constante y jurídicamente garantizado desde el punto de vista de la cultura– la alquimia social produce una forma de capital cultural que tiene una autonomía relativa respecto a su portador y del capital cultural que el posee efectivamente en un momento dado" (parr.17).

El capital cultural es norma y produce interrupciones durables y brutales del todo o nada, como la separación entre el último aprobado y el primer reprobado, y establece una diferencia entre la competencia solemnemente reconocida y el simple capital cultural, el que debe validarse continuamente. Se observa claramente la magia del poder de instituir, el poder de hacer ver y de hacer creer, o , en una palabra, reconocer.

El título escolar permite compararse e intercambiarse (sustituyéndose unos por otros en la sucesión). Y así permite establecer tasas de conversión entre capital cultural

y capital económico, garantizando el valor económico de un determinado capital escolar. El título establece un valor relativo en relación a los otros agentes poseedores de títulos y también establece el valor en dinero por el cual puede ser cambiado en el mercado de trabajo. La inversión escolar tiene sentido solo si se garantiza objetivamente un mínimo de reconversión. Los beneficios económicos del título escolar dependen de múltiples factores que pueden variar según el escenario económico y social en que estén insertos por ejemplo: la tasa de saturación de un cierto profesional en una época dada en una sociedad específica.

Para concluir los tres estados del capital cultural corresponden a capital social que a su vez es capital simbólico conseguido a través de la red de relaciones que establece el agente por el campo. Todos son transformables en capital económico y viceversa. Y manifiestan su efectividad bajo la condición del disimulo, del fingimiento en la creencia de su no cualidad económica.

Bourdieu (como es citado en De Oliveira, 2004) llama capital simbólico a todo el prestigio, mérito, consagración e incluso celebridad que un agente puede alcanzar. De esta forma el acumulo de capital ya sea cultural, social, científico e incluso económico confiere a su poseedor un *quantum* de capital simbólico. Para este autor la lógica de acumulación de capital simbólico esta presente hasta en los sectores más sistematizados del campo económico.

CAPÍTULO IV

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. Diseño de estudio.

El tema a investigar así como los objetivos planteados conducen a asumir el presente estudio con un *abordaje cualitativo*. Esta perspectiva de investigación revela el significado de la experiencia humana, en la que se estudia e interpreta la realidad en su propio contexto. La metodología cualitativa intenta penetrar con un carácter riguroso y sistemático en los fenómenos de la vida cotidiana, explorarlos y analizarlos, reflexionando sobre ellos, para mostrar su complejidad, al descubrir las actividades diarias, los motivos y los significados, así como las acciones y reacciones del actor individual en el contexto de la vida diaria (Perez, 2000). Esta visión posibilita la comprensión de la experiencia humana de manera holística y permite a las enfermeras descubrir nuevas perspectivas relacionadas con la salud del individuo. Para Morse (2003) “La investigación cualitativa es la herramienta por excelencia para la construcción de la enfermería como profesión, disciplina y ciencia” (p.46).

Para comprender como fue desarrollada la enfermería en Chile durante la época colonial se utilizó como base el método de *la investigación histórica*. La investigación histórica se caracteriza como una metodología de recolección sistemática con una organización y evaluación crítica de los datos o construcción del relato y finalmente con una interpretación de los hechos del pasado (Acosta, 2009 & Arostegui, 2001). Al realizar una investigación histórica debemos tener claro que no vamos a reconstruir el pasado tal como ocurrió, porque eso es imposible (Padilha & Borenstein 2005). Esto porque cuando volvemos la vista al pasado, lo hacemos con la mirada y las ideologías y la ausencia de neutralidad del presente (Arostegui, 2001)

4.2. Plan de Trabajo

Primera fase: justificación, estado de la cuestión, búsqueda de la fuentes

Para desarrollar la justificación del problema y el estado de la cuestión se realizó una primera búsqueda bibliográfica en las bases de datos: CINAHL; MEDLINE; CURRENT CONTENTS; SCIELO, LILACS, LATINDEX y CUIDEN, utilizando los descriptores: historia, historia de la enfermería, investigación en enfermería y Chile.

Para localizar las fuentes secundarias que orientaron a la investigadora en la búsqueda de respuestas a las preguntas de investigación se realizó una segunda búsqueda bibliográfica en las bases de datos: CINAHL; MEDLINE; CURRENT CONTENTS; SCIELO, LILACS, LATINDEX y CUIDEN. En esta segunda pesquisa se amplían los descriptores en español, portugués e inglés a: historia, historia de la enfermería, investigación histórica, Chile, España e Iberoamérica. Se incluye búsqueda de textos de historia de la enfermería en España y América y la indagación en fuentes primarias como textos de la historia de Chile y de historia de la medicina chilena, con el objetivo de buscar información en relación a la historia de salud de Chile colonial y a los cuidados de enfermería que se practicaban en esa época. En este segundo sondeo se incluyó búsqueda en: BIBLIOTECA VIRTUAL MIGUEL DE CERVANTES, BIBLIOTECA VIRTUAL AMERICANA, MEMORIA CHILENA Y BIBLIOTECA UNIVERSIDAD DE ALICANTE.

Como resultado de esta búsqueda se encuentra información que conduce a la investigadora a contactar por medios electrónicos con el ARCHIVO-MUSEO SAN JUAN DE DIOS “CASA DE LOS PISA” localizado en la ciudad de Granada.

Esta primera fase se desarrolló durante los meses de Enero del 2009 a Febrero 2010.

Segunda fase:

Acceso a los archivos históricos: tras el intento fallido de contactar por medio electrónicos con el archivo, fué necesario realizar tres visitas al archivo:

- *primera visita de contacto*
- *segunda visita de diagnostico*
- *tercera visita de recolección de fuentes históricas*

Tercera fase

Organización del material recolectado, compaginación de fichas documentales con fotografías.

Clasificación de la documentación recolectada.

Revisión de la Bibliografía.

Análisis y presentación de los resultados.

Elaboración de trabajo científico para comunicación oral Congreso Internacional de Historia de Enfermería en Barcelona-España (noviembre 2010).

Asistencia a curso redacción de artículos científicos en Fundación Index, Jaén-España (julio 2011).

Elaboración de dos trabajos científicos para Comunicación oral y simposio en sesión paralela Congreso de ALADEFE en Coímbra-Portugal (septiembre 2011).

Elaboración de Ponencia oral para ser presentada en III Simposio Iberoamericano de historia de la Enfermería. Alicante, España (noviembre de 2011)

Elaboración de artículos.

Como es habitual en la investigación cualitativa estas fases no han sido rígidas en el tiempo y se han solapado unas con otras. Durante todo el proceso del estudio la investigadora ha debido regresar a la búsqueda bibliográfica con el fin de profundizar en los aspectos teóricos que fundamentan el proceso de indagación. Además ha sido necesario replantearse los objetivos de la pesquisa en respuesta a los hallazgos encontrados.

4.3 Fuentes

Las fuentes fundamentales empleadas en la presente investigación corresponden a treinta y cuatro documentos mecanografiados a principios del siglo XX cuyo título completo es “*Listado de los hermanos de San Juan de Dios que vivían en Chile (207 años) y un índice de documentos inéditos copiados de los archivos histórico nacional y del antiguo hospital, por Faustino Calvo*” ... Corresponden a copias textuales de documentos inéditos emanados de la Real Audiencia, de la Capitanía General de Chile, del antiguo hospital de SJDD en Santiago y del archivo de los Jesuitas durante los siglos XVI, XVII y XVIII que fueron extraídos del archivo nacional de Chile y del antiguo hospital de San Juan de Dios, debido a la constancia de Fray Faustino Calvo en el año 1928, quien tuvo encomendada la misión de recoger toda la evidencia documental que diera cuenta de la presencia de la orden de SJDD en Chile para la orden de SJDD en España. Actualmente estos archivos se localizan en el museo archivo San Juan de Dios casa de los Pisa en la ciudad de Granada, España y fueron consultados, leídos y analizados por la investigadora quien vació la información más relevante en fichas documentales creadas para esta investigación (Anexo 1). Además se fotografió las portadas de todos los archivos, archivos completos o capítulos de archivos que a juicio de la investigadora podrían ser relevantes para dar respuesta a los objetivos de la investigación. Estos documentos son el testimonio histórico de la presencia de la orden de SJDD en Chile y son la principal fuente histórica utilizada por la investigadora. Tras el análisis de los 33 archivos se crearon 80 fichas documentales que se describen detalladamente en tablas según ciudad de la que dan cuenta (Anexo II).

Los textos: Historia Física y Política de Chile por Claudio Gay (1854); Los médicos de antaño en el reino de Chile, Benjamín Vicuña-Mackena (1877); Historia de

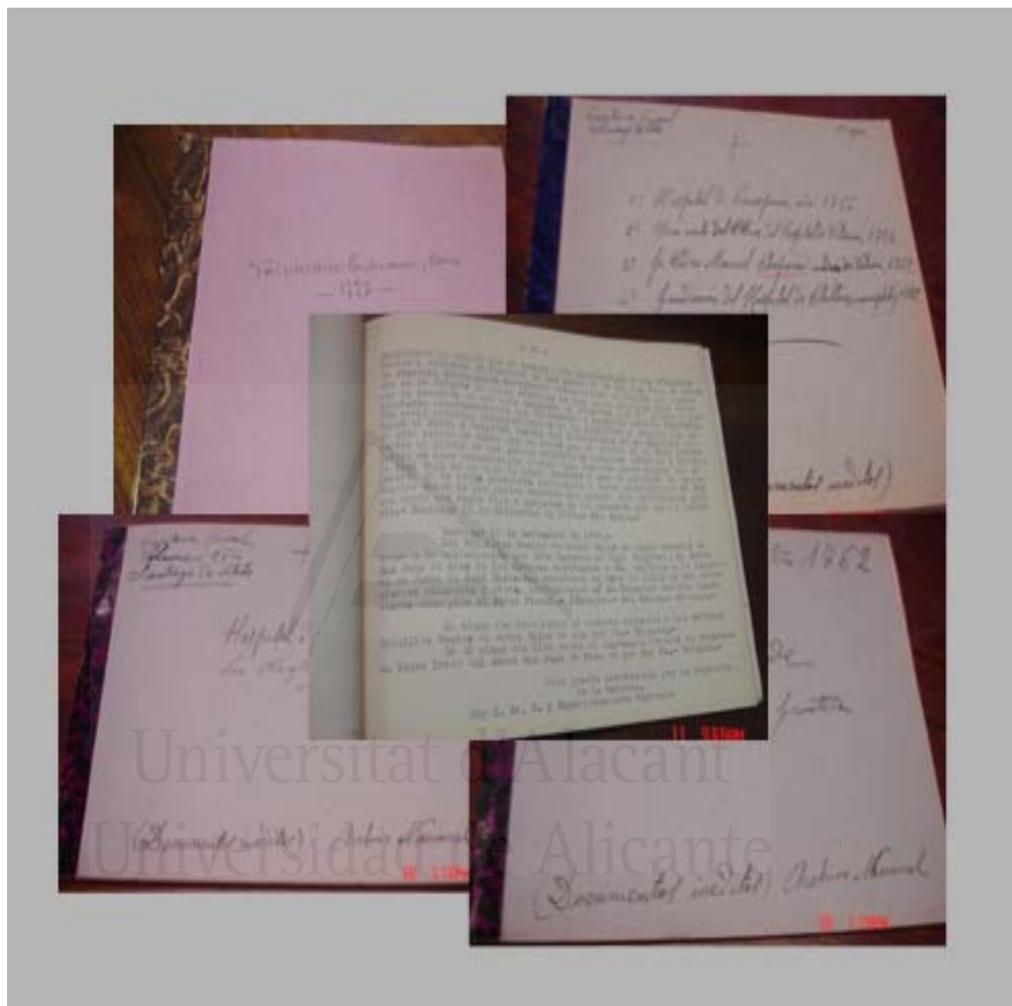
Chile por José Pérez García tomo III (1900); Historia del Hospital San Juan de Dios, Enrique Laval (1949); Historia de Chile, Tomo VI, Francisco Encina (1948). Todos estos textos fueron la fuente de información que permitieron a la investigadora construir el contexto histórico social de Chile colonial y además en ellos se descubrió los primeros indicios que daban cuenta de la presencia de la orden de SJDD en Chile.



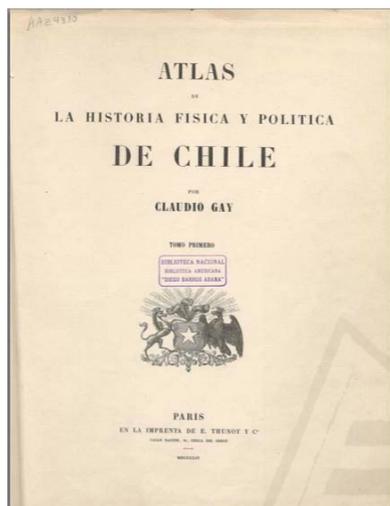
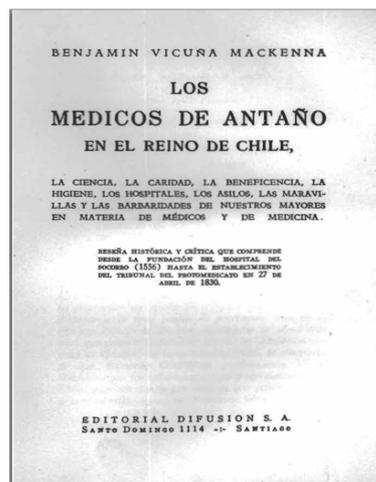
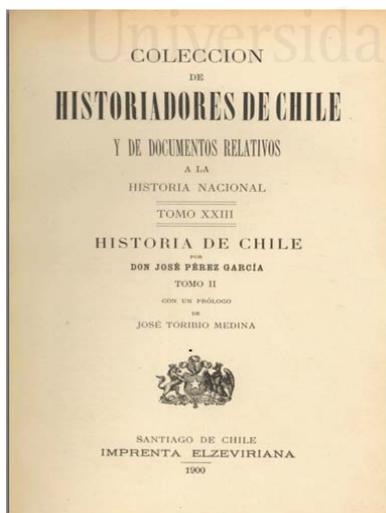
Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Figura N°1

Fuentes primarias: documentos inéditos copiados de los archivos histórico nacional y del antiguo hospital, por Faustino Calvo



Fuente: archivo-museo San Juan de Dios “casa de los Pisa”. Granada-España

Figura N°2**Fuentes primarias: Textos de historia obtenidos en MEMORIA CHILENA*****Historia Física y Política de Chile por Claudio Gay (1854)******Los médicos de antaño en el reino de Chile, Vicuña-Mackenna (1877)******Historia de Chile por José Pérez García tomo III (1900)******Historia del Hospital San Juan de Dios, Enrique Laval (1949)***

Fuente: <http://www.memoriachilena.cl>

Fuentes secundarias

Las fuentes secundarias están constituidas por libros, disertaciones, tesis, artículos de revistas, paginas web y artículos científicos sobre: historia, historia de Chile, historia de España, historia de la enfermería, metodología de la investigación histórica, historia de los cuidados salud en Chile y España y todo el material teórico-conceptual necesario para construir los diferentes apartados de esta tesis doctoral.

Especial mención merecen los textos “La Investigación Histórica. Teoría y método”. (Arostegui, 2001) e “Historia de la Enfermería” (Siles, 2008 & Siles, 2010) que fueron fuente de apoyo y de gran consulta durante todo el proceso de investigación



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

4.4. Recolección de fuentes

La recolección de las fuentes que dieron cuenta de la presencia de la orden de SJDD en Chile, se realizó en:

Archivo-museo San Juan de Dios “Casa de los Pisa”, Granada-España: El archivo contiene rica y abundante documentación originada por la gestión de los hospitales de la Orden, ello hace que sea considerado por investigadores y estudiosos como una valiosa fuente para el conocimiento de la historia de la Orden así como de la enfermería y la medicina. Además de una biblioteca que recoge todas las publicaciones de la Orden junto a otros temas como arte, historia y teología (San Juan de Dios, 2010).

Para la recolección de las fuentes primarias se realizó tres visitas al archivo-museo SJDD “Casa de los Pisa”, las que se detallan a continuación:

Primera visita de contacto: realizada del 18 al 21 de Abril del 2010. En esta oportunidad la investigadora solicitó información acerca del material existente en el museo que pudiera ser de utilidad para los propósitos de la investigación.

Segunda visita de diagnóstico: 17 al 18 de noviembre de 2010. Una vez recibido el listado de los archivos históricos que podían ser de utilidad para responder a los objetivos del estudio se solicitó hora para visitar el archivo y realizar una observación diagnóstica de los documentos históricos. Esta visita que consistió en una revisión de los documentos existentes para poder planificar y organizar el trabajo de recolección del material histórico.

Tercera visita de recolección de fuentes históricas: realizada entre los días 7 a 11 de febrero 2010. Una semana de trabajo que consistió en analizar en base a la

técnica de análisis documental cada archivo histórico y completar ficha documental para cada documento histórico seleccionado. Además para complementar la recolección de la información se fotografió con la autorización del director del archivo, la carátula de cada uno de los archivos históricos y a cada uno de sus apartados.

4.4.1 Ficha documental

Para recoger la información se utilizó ficha documental (Anexo I) confeccionada por la investigadora siguiendo los criterios taxonómicos planteados por Arostegui (2001). La ficha documental fué utilizada en tres momentos durante la investigación:

Un primer momento que corresponde al día en que se recopiló la fuente histórica en donde se completo la ficha documental con el nombre de la fuente y el numero de las fotografías correspondientes a ese documento.

Un segundo momento que corresponde a trabajo de clasificación de las fuentes primarias. Y también incluyó la confección de nuevas fichas documentales puesto que muchos archivos contenían información diversa que fué necesario clasificar por separado. Además se insertó hipervinculo en cada ficha con las fotografías correspondientes.

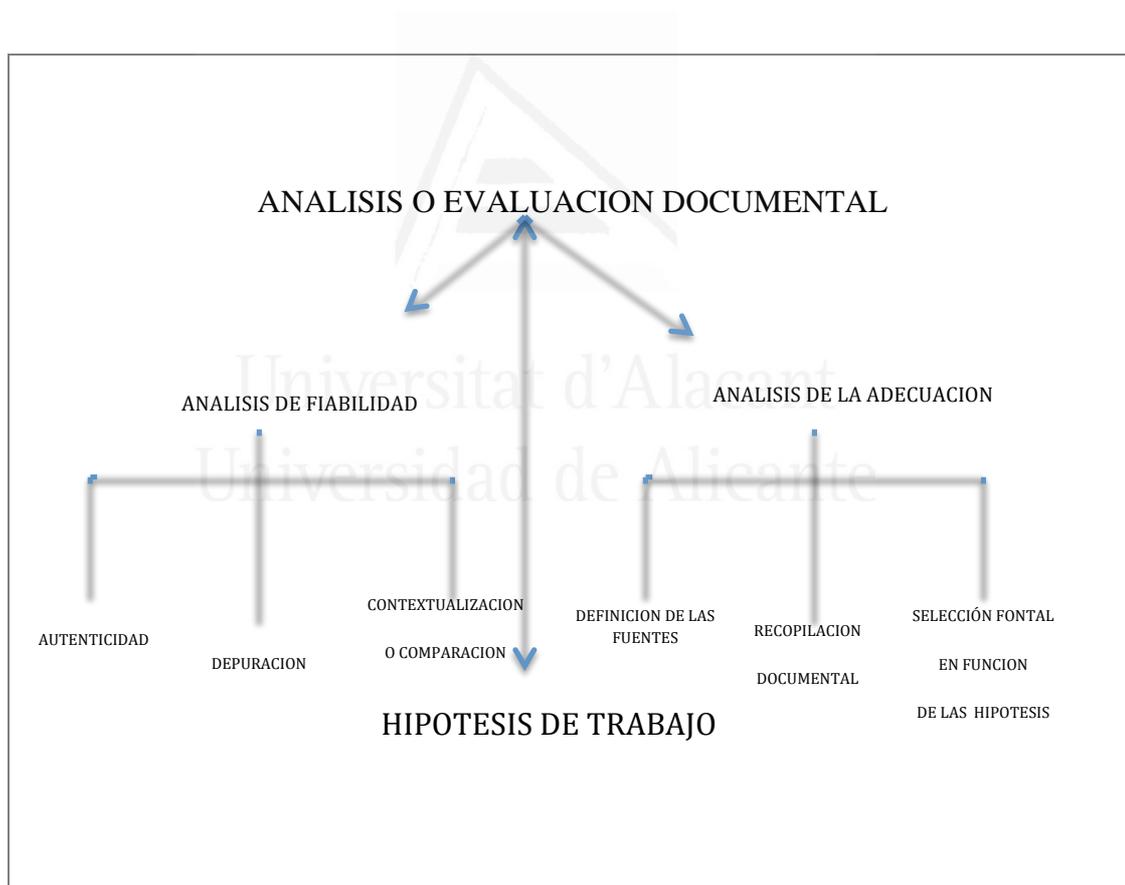
Un tercer momento: corresponde a la etapa de análisis de la información contenida en cada ficha documental es en esta etapa en donde a través de la lectura emergen las categorías que se mostraran posteriormente en los resultados de esta investigación y que permitieron dar respuesta a las preguntas de investigación.

4.5 Crítica de las Fuentes

Con el objetivo de dar rigor metodológico a la investigación se realizó crítica de las fuentes midiendo la fiabilidad de las fuentes y su adecuación a la investigación (Arostegui, 2001). Los criterios utilizados y como se relacionan se grafican en la figura nº3.

Figura N° 3

La evaluación de las fuentes



Fuente: Arostegui, J. (2001) La investigación histórica: teoría y método. Ed. Crítica, Barcelona.

4.6 Análisis de contenido

Para realizar el análisis del contenido en esta investigación la lectura se transformo en el instrumento de recolección de información y se realizo de forma sistemática, objetiva replicable y valida (Siles, 2010).

Con el objetivo de realizar esta lectura de manera científica se siguió las recomendaciones de Olabuénaga & Ispizua (1989) que consideran el material histórico integrado en cinco bloques de información: sobre el contenido en si mismo; sobre el emisor/autor; sobre el destinatario (el objeto); sobre la codificación (códigos utilizados) y sobre los canales transmisores (soportes del texto).

El propósito del análisis de contenido es obtener conocimientos sacando partido de los mensajes que son manipulados para inferir conocimientos sobre el emisor del mensaje o de sus entorno (Bardin, 2002).

Es un proceso circular, por lo que frecuentemente se volverá a etapas previas de manera que se tendrá la sensación de volver a empezar continuamente para reiniciar el proceso con más y mejor información. Esto ocurre a través de varias lecturas y diversos puntos de vista para ajustarse a la realidad polisémica del texto (Siles, 2010).

Finalmente en tabla a la tabla nº se dan las directrices recomendadas para realizar el proceso de análisis de contenido (Siles, 2010).

Tabla N°1***Pasos a seguir en el análisis de contenido***

1. DETERMINAR EL OBJETO O TEMA DEL ANALISIS
1.1 <i>¿Qué se quiere investigar?</i>
1.2 <i>¿Qué teoría o marco teórico?</i>
1.3 <i>¿Qué bibliografía o conocimientos previos existen?</i>
1.4 <i>¿Qué texto o textos utilizan?</i>
1.5 <i>¿Cuál es la unidad de registro (palabra, sentido, frase, párrafo, pieza completa)?</i>
2. DETERMINAR EL SISTEMA DE CATEGORIAS
2.1 <i>Criterio de categorización.</i>
2.2 <i>Precisión, amplitud de cada categoría.</i>
2.3 <i>Exclusividad intercategorial (una unidad no se puede incluir en dos categorías).</i>
2.4 <i>Universo completo de categorías(ninguna debe quedar sin sitio donde poder incluirse).</i>
2.5 <i>Sentido de las categorías (ninguna debe ser inútil e irrelevante)</i>
3 CODIFICACION PREVIA :
<i>seleccionar una muestra del texto y categorizarlo con el objetivo de:</i>
3.1 <i>comprobar contradicciones</i>
3.2 <i>comprobar ambigüedades.</i>
3.3 <i>comprobar aparición de significados imprevistos.</i>
3.4 <i>comprobar si el esquema de categorización es válido o requiere mayor precisión.</i>
3.5 <i>comprobar si es inadecuado y hay que reformarlo.</i>
4 REVISAR EL CODIGO Y LAS REGLAS DE CODIFICACION RESPECTO A SU GRADO DE:
4.1 <i>precisión.</i>
4.2 <i>Consistencia.</i>
4.3 <i>Fiabilidad-estabilidad.</i>
4.4 <i>Replicabilidad.</i>
5 CODIFICACION DEL TEXTO COMPLETO
5.1 <i>Revisar de nuevo la muestra del texto y repetir comprobaciones con el nuevo sistema de categorización</i>
6. CODIFICACION DEL TEXTO COMPLETO
7 COMPROBAR FIABILIDAD, PRECISION Y VALIDEZ DEFINITIVAS

Fuente: Siles, J. (2010). Historia de la Enfermería. Ed. AguaClara, Alicante.

El análisis de contenido se basó en una lectura soterrada de las fichas documentales en busca de las categorías de significados que emergieran tras la lectura. Esencialmente de búsqueda de significados que pudieran dar cuenta de la situación vivida por los hermanos de San Juan de Dios en Chile en la época colonial. Destacar entonces que las categorías temáticas fueron escogidas en relación a su frecuencia de aparición en la exploración de las fichas documentales de este estudio e intentan retratar la regularidad percibida de los temas seleccionados.

Los datos recolectados fueron leídos minuciosamente y catalogados en tres grandes grupos que daban cuenta de la institución colonial de procedencia de los documentos, de la ciudad de origen de la información y de la fecha en que fueron escritos (Anexo III).

Esta categorización solo permitió hacer una descripción superficial de los contenidos de las fuentes por lo que se decide realizar una nueva lectura en donde se agrupa la información por ciudad de origen a partir de las cuales se construyen nuevas categorías de análisis (*presencia de la orden, ciudad de origen y periodización*) que expresan mejor el papel de la orden de San Juan de Dios en Chile y que formaron parte del capítulo:

“Presencia de la orden de San Juan de Dios en Chile colonial”, que a su vez se dividió en dos partes:

- *Llegada de la orden de San Juan de Dios a Chile (inicios del siglo XVII)*
- *Asentamiento y expansión de la orden en Chile (segunda mitad siglo XVII y XVIII)*

4.7 Análisis desde la perspectiva del modelo estructural dialéctico para la historia de enfermería, José Siles González

Una vez recopilados los datos se selecciona la fuente histórica llamada “Constituciones del Real hospital de San Francisco de Borja” (FD17b,1783) que contiene abundante material en relación a la organización y distribución de funciones de un hospital de la época. Se realiza una lectura soterrada de la información y a través del modelo estructural dialéctico para la historia de los cuidados de enfermería (Siles, 2010) se visualiza las nociones unidad funcional, marco funcional y elemento funcional que dan forma a la estructura a un hospital real de Chile colonial administrado por la orden de SJDD.

De la misma forma se analiza la información recopilada de los cuidados de salud que existían en Chile a la llegada de los españoles y se da un marco estructural a la practica de los cuidados mapuches bajo los conceptos de unidad funcional, marco funcional y elemento funcional.

Se finaliza este capítulo realizando una síntesis de la situación de salud que existía en Chile colonial.

4.8 Análisis desde la perspectiva de la teoría de la acción social, Pierre Bourdieu

Después de la recolección de los datos estos fueron analizados e interpretados a la luz del referencial teórico propuesto por Bourdieu y su teoría de la acción social. El análisis e interpretación de los datos pasa por un encuadramiento de los discursos contenidos en los documentos analizados, en busca de las acciones sociales y sus interacciones e influencias. Esencialmente en busca de las características de: el campo, el habitus y el capital que caracterizaba los cuidados de enfermería de los hermanos de la orden de SJDD en la época de Chile Colonial.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

4.9 Análisis con el software ATLAS-ti

Atlas-ti herramienta informática que ha sido creada para facilitar el análisis cualitativo, especialmente, de grandes volúmenes de datos textuales. Como su objeto de interés es el análisis cualitativo, no pretende automatizar el proceso de análisis, sino solamente ayudar al investigador a agilizar muchas de las actividades implicadas en el análisis cualitativo y la interpretación de los datos. Por ejemplo puede segmentar el texto en pasajes o citas, la codificación, o la escritura de comentarios o anotaciones (Muñoz, 2005).

Las etapas de trabajo consisten en :

Preparación de los *documentos primarios*, es decir los datos brutos. Prácticamente en cualquier formato.

Identificar *las citas (quotations)* que son fragmentos del documento primario que tienen algún significado. Es una primera selección del material base del análisis.

Identificar *los códigos (codes)* suelen ser la unidad básica de análisis. Se pueden entender como conceptualizaciones, resúmenes, o agrupación de citas, lo que implica un segundo nivel de reducción de datos.

Escribir *las anotaciones (memos)* que habitualmente son comentarios asociados a una cita o un código y que es importante no olvidar y relacionar a la hora de hacer la interpretación. Son de un nivel cualitativamente superior puesto que son las anotaciones que realiza el investigador durante el análisis.

Formar *familias* es decir agrupar los códigos, los documentos y las anotaciones en grupos que tengan alguna relación.

Finalmente hacer *representaciones graficas (networks)* de las diferentes relaciones que se han establecido en la investigación.

Los datos trabajados en Atlas-ti se graficaron en figuras (Anexo IV).

CAPITULO V

5. DESARROLLO DEL TEMA

5.1 Contextualización Histórica de Chile Colonial

La época colonial

Entendemos por Colonia a la extensión imperial, social, política, religiosa y cultural que se estableció en América durante los siglos XVII, XVIII e inicios del siglo XIX. En Chile se extiende entre 1598 y 1810, periodo en el cual la corona española gobernó estos dominios. Esta etapa, que se prolonga hasta la revolución de la independencia, se caracterizó por un constante cambio de gobernadores, cuya preocupación principal fue proseguir la guerra contra los araucanos y luchar contra los frecuentes cataclismos naturales (terremotos e inundaciones) que sufría el país. La vida colonial se desarrolló en los territorios ubicados al norte del río Biobío. Allí se consolidaron los diferentes grupos sociales, cada uno con un modo de vida propia. Estos grupos se diferenciaban por su origen y por los medios económicos de que disponían. Debido a ello, las clases sociales estaban muy bien definidas. Según Aedo (2000) “Durante los 300 años que duro la conquista y colonización española en América Latina (desde fines del siglo XV hasta principios del siglo XIX), la corona española reprodujo en todas sus colonias americanas el mismo sistema político, social y cultural que existía en España en ese periodo, con algunas variaciones locales” (p. 9).

Los españoles en América tenían dos objetivos: 1) la expansión de los territorios de la corona y la explotación máxima de los recursos que encontraran en los territorios conquistados; y 2) La expansión de la Fe católica. Coexistieron de este modo el espíritu de adquisición y explotación con la misión evangelizadora. La riqueza material

de los pueblos conquistados debía ser explotada al máximo y las creencias religiosas erradicadas totalmente para implantar la fe cristiana.

Chile siglo XVII

Encina (1948) destaca en el siglo XVII dos aspectos: primero el gran número de catástrofes que azota a la sociedad chilena como: El desastre de Curalaba ocurrido el 23 de diciembre de 1598. En donde los mapuches al mando del toqui Pelentaro dan muerte al gobernador de Chile: don Martín García Oñez de Loyola, originando la más grande sublevación araucana que produjo la destrucción de las ciudades ubicadas al sur del Bio-Bio: Arauco, Angol, Cañete, Imperial, Osorno, Valdivia y Villarrica. Además en este siglo ocurre el terremoto de 1647 que deja la ciudad de Santiago en el suelo y en el que mueren alrededor de mil personas. Y por último la sublevación de 1655 que aniquiló todos los establecimientos españoles entre el Biobío y el Maule. Estos disminuyeron la población, obligando a los españoles a recomenzar la tarea. Y segundo una sociedad en la que prima una exaltación mística que se manifiesta por una gran devoción que se adueña de las almas de los pobladores y por una corte que abdica el gobierno en manos de los Jesuitas, los que se enfrentan con una sociedad civil demasiado desarrollada que resiste adaptarse sin lucha al nuevo modelo.

Según refiere Encina (1948) un proceso que se destaca con gran fuerza en el Chile del siglo XVII es la formación de la raza. Sostiene que los elementos étnicos contactados en el siglo XVI se funden en el XVII ante la nueva raza chilena. Esto se produce porque las instituciones del situado y del ejército permanente, al romper el impase que se había producido por el impedimento de los pobladores de sostener la guerra de Arauco y crear a la vez una civilización, permitieron al germen de la sociedad legado por el siglo XVI romper las amarras y convertirse en un verdadero pueblo. La población española multiplicó siete veces su volumen; las exportaciones se

quintuplicaron; y la actividad económica perdió su carácter de simple sostén de la conquista, para tomar fisionomía propia e independiente. La minería retrocedió casi hasta desaparecer, la industria fabril se estacionó, la agricultura rebasó las necesidades del consumo y la ganadería cobró un desarrollo casi fantástico. La vida transcurre en una superabundancia alimenticia casi extraordinaria. El problema ya no es encontrar alimentos sino pobladores para ellos. Según este autor el nivel de vida se elevó para todos los pobladores hasta una forma semiprimitiva de patriarcado, pero que está muy lejos de sus orígenes. Durante este siglo surgiría la estructura social que se conservaría hasta fines del siglo XIX: la clase dirigente formada por los peninsulares y criollos ricos cargados de sangre española; seguida de una clase similar solo inferior en el desarrollo de las aptitudes económicas; y abajo el actual pueblo chileno más cargado de sangre aborigen. Destaca Encina (1948) “Desde el punto de vista sociológico y también desde el histórico, tal cual hoy lo entendemos, el siglo XVII es el más trascendental de la historia de Chile” (p. 487).

Los cuidados de salud Mapuches

La cosmovisión del pueblo Mapuche está integrada a un contexto integral y social mucho mayor, reflejando el medio ambiente físico e intelectual en que ha vivido representado de una manera dual y simétrica, basado en parejas de oposición. Tienen diferentes concepciones del mundo relacionadas entre sí:

La primera es una visión vertical y jerarquizada del cosmos representada por siete plataformas cósmicas las que en su parte superior representan el *wenu mapu* (el cielo) en su parte intermedia *el mapu* (la tierra) y las inferiores *anka wenu* y *minche mapu* (el infierno). Los mapuches viven en la tierra rodeados del bien y el mal y la *machi* es la médium capaz de transportarse al cielo para conversar con los dioses (Rodríguez & Saavedra, 2003)

La segunda concibe al mundo de forma horizontal orientado por los cuatro puntos cardinales donde el este es el origen donde nace el sol trayendo consigo el comienzo de la vida. Todas estas expresiones están trazadas en el *kultrun* que es un instrumento musical utilizado por *la machi* y que muestra de manera pragmática como el mapuche se imaginó el cosmos, la tierra y el sistema solar (Nañulef, 2006)

La tercera concepción del mundo tiene que ver con los movimientos que se realizan en la vida cotidiana y que siguen una lógica orientada de este a norte a oeste y a sur. Cuando sirven la comida o la bebida se pasa a los invitados siguiendo esta orientación y también durante los funerales en que los mapuches giran alrededor del muerto en esta dirección (Grebe, 1974).

La cuarta y final es la visión colorista de llevada a un plano personal y plasmada en la vestimenta. Para Grebe (1974) “la percepción del color de la naturaleza terrestre y de su bóveda celeste ha establecido una coherente simbología del color entre los mapuche. Por lo tanto el color está asociado a su visión del cosmos y sus respectivas plataformas” (58). De esta manera el blanco y el azul están asociados al cielo, el rojo a la tierra y todos los matices a la vida terrestre como por ejemplo el verde que es la naturaleza. El negro es el infierno la noche la oscuridad y las tinieblas.

Las enfermedades tienen causas naturales y sobrenaturales o mágicas. Las naturales se asocian a cambios de temperatura, comer mal o exceso de trabajo y las mágicas son causadas por espíritus malignos, por los dioses o por brujos. Manejaban un amplio conocimiento de las hierbas y la práctica de algunas cirugías elementales. El que se encargaba de la salud era el machi o la machi una mezcla de enfermera, médico, sacerdote y hechicero (Zuñiga, 2001).

Los machis eran seleccionados en su niñez y recibían una intensa preparación por parte del machi que les precedía. Debían conocer las propiedades de las hierbas, el uso de las aguas termales y las técnicas de sugestión colectiva que empleaban a modo de exorcismos. Conocían casi todas las enfermedades salvo las que la cultura española importó como la viruela, la sífilis y el cólera. El machitun era la ceremonia religiosa en donde se extraía el mal introducido por un espíritu maligno en el enfermo (Laval, 2000). En esta ceremonia las machis, curaban con ritos en donde se invoca a los antepasados que han dejado el mundo terrenal, y ahora controlan el arte de diagnosticar males y enfermedades. La Machi coloca hojas de canelo, el árbol sagrado mapuche y luego las enciende. Con los sonidos del cultrún, ingresa a un estado de trance.

De manera paralela tenían un gran conocimiento de las herbolaria de su suelo y sacaban gran partido de las yerbas, flores, arboles corpulentos, de las cortezas, de las lianas, de las raíces, del fruto en su germen y en su madurez, de las hojas y de los retoños mismos. De sus raíces y tubérculos escondidos en la tierra, los indígenas sacaban las esencias de la vida. (Vicuña-Mackenna, 1877).

A continuación se muestra cita textual de texto histórico “Los médicos de Antaño en el reino de Chile” en donde Vicuña-Mackenna (1877) hace una descripción de los conocimientos de salud que tenían los mapuches:

“A todas las fiebres llamaban *chavaloncos* (por el sopor que producen en el paciente), de *chavo* (modorra) y de *lonco* (cabeza) ; y sufrían como los demás mortales, la ciática, que llamaban *fughllin*, el asma *murin*, la hernia *paguacha*, mal común del bárbaro: la demencia *pual*, y la sarna, que denominaban con propiedad “zarpullido del infierno” : *alhué-pitu*, de *pitu* (escocer) y de *alhué* (averno). Pero, al propio tiempo. conocían el pulso (*neyun*), el uso de la cupucha

(*pucuchu*) . . . y celebraban hasta juntas (*thaornun*) de supersticiosos machis o curanderos, para expulsar los daños, cuya última enfermedad era y es todavía la raíz ignota de la mayor parte de los quebrantos del cuerpo humano en nuestro suelo” (p.20).

El símbolo de los cuidados en salud mapuche era la famosa *pedra bezoar*, que se exportaba como *la canchalagua* para la botica de los reyes sifilíticos de España y correspondía a una especie de cálculo vegetal formado en las entrañas de los guanacos (Vicuña-Mackenna, 1877).

El pueblo mapuche tenía supersticiones y temores alrededor del parto. La mujer era considerada impura durante ese periodo y todo lo que ella tocaba se convertía en impuro. El parto lo tenía dentro de una choza que ella misma construía al lado de un río, en posición de cuclillas y afirmada de un poste central. El recién nacido era recibido en un cuero de animal tendido en el suelo, luego la madre se introducía con él en el agua del arroyo y se lavaba, bañando también al niño. Volverá a los tres u ocho días según su condición social a trabajar a la *ruka* (Laval, 1960).

Los cuidados de salud de los conquistadores.

Los primeros castellanos cuidaron de su salud a su manera y fue a través de una mujer. Las viejas crónicas, las cartas íntimas y los documentos íntimos señalan a Inés de Suarez como la primera enfermera-medica de la recién fundada colonia. Pedro de Valdivia (1548) cuando lo acusaron de esconderla como su querida, contesto al juez “Y yo la recogí en mi casa para servirme de ella por ser mujer honrada para que tuviese cargo de mi servicio y limpieza y para mis enfermedades”. Doña Inés, a más de sus emplastos de España (era malagueña), aprendió mucho de la naturaleza indígena y de la

ciencia eficaz de los pobladores de la tierra. Fue la primera española que conoció *el palqui* y su raspadura, *el natri* y sus hojas refrigerantes, *el pangue* y sus nalcas, *el culén* y su goma, *el litre* y su sarna, *la pichoa* y sus efectos, *el cachanlahuen* (la “*canchalagua*”), que era el específico universal de los indios, porque a todo dolor lo llamaban *cachan*, y a toda yerba medicinal, *lahuen* (Vicuña-Mackenna, 1877).

Los cuidados de salud durante la colonia.

Al indagar en las fuentes históricas en busca de las prácticas de salud de la época y en especial a la actividad propia de enfermería como es el cuidado, se encuentra que esta labor está poco documentada. Durante la Colonia las enfermedades y epidemias causaron grandes tragedias. La población indígena del continente sucumbió por millones frente a las enfermedades infecciosas de los conquistadores. Durante el resto de los siglos coloniales epidemias de disentería, tifoidea y sobre todo la mortal viruela, causaron estragos en los campos y ciudades de Chile. En torno a esta dramática realidad, surgió la medicina colonial, su enseñanza, su práctica y se formaron los médicos y cirujanos (Cruz-Coke, 1995).

Las leyes españolas controlaban el ejercicio de la medicina a través de un funcionario denominado protomédico, quien debía examinar a los boticarios, médicos y cirujanos, y establecer con exactitud sus conocimientos. En 1566, el cirujano Alonso de Villadiego inauguró la marcha de esta institución en el país. El primer médico nacido en estas tierras que ocupó dicho cargo fue Juan Guerra Salazar, en 1615. En el curso del siglo XVII sobresalió como médico Manuel de Fonseca, jesuita secularizado, quién dirigió con acierto el hospital de Santiago hasta 1617, fecha en que el establecimiento quedó a cargo de los Hermanos de San Juan de Dios. Santiago durante un gran periodo del siglo XVII no tuvo médicos residentes porque “era una ciudad

peligrosa, que estaba renaciendo de las ruinas del terremoto de 1647, sometida a los rigores de la inquisición, sufriendo epidemias recurrentes cada década y subyugada por la fuerte hegemonía y autoritarismo que el gobernador, el ejército y la iglesia imponían...” (pagina 138).

Según algunas fuentes, al promediar la centuria se practicaban en Santiago varios procedimientos médicos ceñidos a las normas prescritas por los mejores tratadistas y en conocimiento de reconocidas obras europeas sobre medicina. Con la creación de la Universidad de San Felipe se iniciaron los estudios oficiales de medicina, la mayoría de cuyos alumnos pertenecía a la orden de San Juan de Dios. Entre ellos destacó fray Pedro Manuel Chaparro, doctor en medicina en 1772, quién, con motivo de una de las pestes con carácter de epidemia que asoló el país, aplicó con éxito, al mismo tiempo que en Europa, la “variolización”. Otra figura fue el farmacéutico y jesuita bávaro José Zeitler (Memoria Chilena, s.f.).

En Chile, en la medicina casera era muy frecuente el uso de hierbas. La fama de sus facultades curativas llegó hasta España y en 1783 se enviaron palqui, trébol, culén, paico y otras hierbas destinadas a la botica del Rey. Una de las plantas medicinales más apreciadas era la canchalagua, hierba que el Conde de la Conquista envió a Carlos III.

Fundación del primer hospital.

La política de colonización establecía en las leyes de Indias la obligación de los conquistadores y gobernadores de fundar ciudades y establecer sitios para ubicar hospitales y proveer su construcción y mantenimiento. Sin embargo, debido al desarrollo simultáneo de la guerra de Arauco con el proceso de colonización, no era

siempre posible fundar dichos hospitales ya que las ciudades eran abandonadas o cambiadas de lugar. De este modo, pese al gran número de ciudades fundadas en el siglo XVI durante la primera etapa de la conquista, no se pudieron fundar en ellas todos los hospitales que requería el reino de Chile para cumplir las ordenanzas reales y atender a la salud de la población de españoles y naturales (Cruz-Coke, 1995).

El primer hospital fundado en Chile fué el de nuestra señora de la Asuncion en la ciudad de la Serena en el año 1559 para atender a indios naturales, cristianos y españoles y se iba a financiar con el oro obtenido de la mina de Andacollo y seria dirigido por el cabildo sin que se entrometieran en su direccion “ni fraile, ni clerigo, ni persona de religion, ni arzobispo”...fue parcialmente destruido por corsario Bartolomé Sharp en 1680 (Cruz- Coke, 1995). Existen historias similares de fundacion y destruccion de hospitales en la ciudad de Concepcion, Valdivia, Villarrica, Osorno, Angol y Arica los que fueron destruidos o por grandes terremotos que dejaban las ciudades en ruinas o por ataques de los araucanos que reconquistaban sus territorios quemando las ciudades construidas por los españoles.

Quizas el más famoso de los hospitales coloniales fue el de Nuestra señora del Socorro fundado en la ciudad de Santiago por Pedro de Valdivia en 1554. El hospital abrió sus puertas en marzo de 1554, al lado de la ermita de Nuestra Señora del Socorro, cuya imagen se venera actualmente en el altar mayor de la iglesia de San Francisco. Era una construcción clásica de un piso, con muros de adobe y techo de paja. Su capacidad era de 50 camas (Cruz-Coke,1995).

Durante el siglo XVI los hospitales en Chile tuvieron una administración laica (Laval, 1949), que corrio por cuenta del cabildo que dicto las ordenanzas y constituciones del establecimiento (Cruz-Coke, 1995). El principal problema del

hospital era su mantención económica que dependía de la caridad cristiana. Aunque las leyes de Indias asignaban a los hospitales participación en el diezmo. El diezmo era un tributo que correspondía al diez por ciento de las ganancias y se pagaba en cosechas y en animales que cada año se remataba al mejor postor. La mitad del diezmo se dividía en nueve partes, llamadas novenos y de estas se daba un noveno y medio al hospital para su mantención (Cruz- Coke, 1995).

La literatura en torno al hospital del Socorro muestra que durante el siglo XVI la asistencia de los pacientes era dada por esclavos e indios quienes realizaban esta actividad de forma obligatoria según las indicaciones que dejaba el médico en su visita diaria. La totalidad de las enfermedades que padecían los hospitalizados eran tratadas con sangrías o friegas de mercurio, razón por la que muchos de ellos morían dentro del hospital. Destaca Vicuña-Mackenna (1877) “No importaba que el enfermo no volviera más en sí, con tal que la sangría hubiese sido abundante y de los dos brazos y de los dos tobillos. De uno solo no servía.” (p. 42).

En el siglo XVII el cabildo con los diputados del hospital habían demostrado una mala administración y se presentaban constantes quejas por mala atención de enfermos y administración. El gobernador Alonso de Ribera determinó que para que los hospitales de Santiago y Concepción fueran mejor administrados, debían ser manejados por una orden hospitalaria de prestigio, es así como a través de su corregidor que viajó a Lima solicitó al superior de la hermandad de San Juan de Dios, Fray Francisco López que enviara un equipo de hermanos a hacerse cargo de los hospitales públicos de Santiago y Concepción. Fray Molina se hizo cargo de la administración interna del hospital y el cabildo mantuvo poderes que le permitirían controlar y fiscalizar a los hermanos y al hospital (Cruz-Coke, 1995).

El Hospital del Socorro fue el primero de una serie de centros hospitalarios, que fueron administrados por la orden religiosa de SJDD durante la época colonial y en cuya labor destacaron los enfermeros a cargo de los pacientes más pobres.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

5.2 Contextualización Histórica de España siglo de Oro

El siglo de oro

Por Siglo de Oro se entiende la época clásica o de apogeo de la cultura española, esencialmente el Renacimiento del siglo XVI y el Barroco del siglo XVII. Cuiéndose a fechas concretas de acontecimientos claves, abarca desde la publicación de la Gramática castellana de Nebrija en 1492 hasta la muerte de Calderón en 1681.

Según Le Flem (1992) muchos historiadores definen el siglo XVII español como el siglo de la decadencia. Pese a Quevedo, Góngora, Calderón, Tirso, Zurbarán y Velázquez, la fábula oscura es fuerte. Sin embargo comenta Le Flem (1992):

“La España del “siglo de Hierro” es como el arte barroco, tan ibérico de espíritu: rebosante de contrastes. En el aspecto económico fue un siglo de un dramatismo tremendo, con su conjunto de pestes, sequías, malas cosechas pero los contemporáneos, principalmente los arbitristas, tan vituperados por la novela picaresca, tuvieron conciencia de esta adversidad, sacaron experiencia, propusieron remedios y, en ciertos casos tuvieron una postura de futurólogos. Esto no es decadencia, aun cuando la tendencia económica no era positiva” (p.91).

La cultura del barroco

Termino referido en un inicio al mundo de las artes, sirve para designar al conjunto de creaciones culturales de la centuria (el conjunto de todas las manifestaciones del siglo XVII). El barroco ofrece una respuesta a un tiempo de crisis, un escenario a la exaltación del soberano absoluto, una imaginería al catolicismo triunfante, una ilusión a las clases populares, una expresión a los sentimientos de una época. Y lo hace apelando al gusto por la ostentación, al sentido del espectáculo, al

placer de la extroversión, a la sofisticación del lenguaje, a la ruptura de las formas clásicas, a la llamada ambivalente al espíritu y a los sentidos. El barroco español alcanza sus máximas cotas en el terreno de la expresión literaria (incluyendo el teatro) y artística, especialmente en la escultura y en la pintura. En el campo del pensamiento si bien se puede hablar de una notable serie de teóricos de la economía y de tratadistas políticos, la producción humanística y científica experimento un visible retroceso, especialmente acentuado en los años centrales del siglo. Finalmente se ve aparecer una renovación de las letras y las ciencias, cuyo espíritu, anuncia una nueva época, la ilustración del siglo XVIII (Martinez, 1998).

Los Austrias menores

La dinastía que había empezado a reinar con tanto brillo y con tantas esperanzas, se arrastra ahora a su extinción durante más de un siglo, entre la muerte de Felipe II (1598) y la del lamentable Carlos II (1700), relata Perez (1992) “lenta agonía de una familia que es a la par un fracaso para los valores que había querido representar y defender con tesón, con heroísmo, tal vez con fanatismo” (p.221). El primer día de septiembre de 1598, Felipe II, el monarca más poderoso de su tiempo, recibió la extremaunción en el monumental marco arquitectónico que había alzado con la voluntad de que fuese testimonio imperecedero de su Imperio y de su fe: el monasterio de San Lorenzo de el Escorial. Pocos días después recibió en audiencia al príncipe Felipe, quien años antes había sido jurado heredero de todos los reinos peninsulares- Portugal, Castilla, León, Aragón, Cataluña, Valencia y Navarra-, y le dio su bendición (PLANETA, 2001).

El siglo XVII se caracterizara por una progresiva decadencia que afectara las distintas áreas de la sociedad, sin embargo en el aspecto cultural se lo seguirá llamando el siglo de oro. La crisis económica se manifestara en un descenso de la población y en

la contracción de la agricultura, industria y comercio. La convivencia interior se ve afectada por viejos problemas sin resolver (expulsión de los moros, guerras de separación de Portugal y Cataluña y la rebeldía nobiliaria) y por la persistencia del bandolerismo endémico o de los motines andaluces esporádicos. Para finalizar la política imperial se ve disminuida en recursos por disminución de las remesas de plata e insuficientes tributos lo que le significara una derrota militar, desmembramiento territorial y pérdida de peso específico en el escenario internacional. El reinado de Felipe II se destaca por la conciencia de la crisis y por las buenas relaciones internacionales. Sin embargo el reinado de Felipe IV que fue presidido por El conde-duque de Olivares vivirá la crisis y reabrirá todos los frentes militares dentro y fuera de Europa. Finalmente el reinado de Carlos II aparece signado por el agotamiento de la monarquía que se ve aumentado por el agotamiento físico del propio soberano como por su falta de descendencia, lo que anuncia el fin de la dinastía y plantea la cuestión de la sucesión de la corona de España. Totalmente opuesto al panorama anterior la cultura del barroco prolonga los albores del renacimiento en el campo del pensamiento político y económico como en el campo de la creación literaria y artística y esto sucede hasta la última década del siglo con la desaparición de Calderón en 1691, de Murillo en 1682 y Valdés Leal en 1690 (Martínez, 1998).

Clases sociales

En el transcurso del siglo XVII la aristocracia española fracasa como minoría dirigente, al asumir las directas responsabilidades del poder con el sistema de “oligarquía colegiada”. Durante el reinado de Felipe III, a la extinción de la dinastía, la aristocracia hispánica fue languideciendo en la magnificencia de sus fanfarreos, mientras acentuaba la altivez frente a los humildes y el servilismo hacia la realeza. España en estos años ha visto tanto desaliento en la nobleza que le ha hecho reparar

mucho en ello, pues para ir a la ocasión y tomar una pica no era necesario ni mucho gasto ni mucha ausencia. Los hidalgos castellanos defenderán con mayor ahínco su inmunidad que su bolsa, bastante reducida. En Cataluña, los caballeros, alimentaron el bandolerismo aristocrático y contribuirán decisivamente al alzamiento de 1640. El culto superlativo del honor y el concepto peyorativo del trabajo, considerado como deshonor legal, fruto de la mentalidad hidalga – sus ocupaciones específicas serían “iglesia, mar o casa real”- resumen el impacto de la mentalidad aristocrática en el cuadro social de España del mil seiscientos. Junto con la espuma nobiliaria, los eclesiásticos continuaban siendo la clase social de más relieve y nutren las filas de la minoría selecta que empuña el cetro de la cultura. Sin embargo la valía intelectual y moral del clero decayó bastante respecto a la centuria anterior. Mientras el alto clero, nutrido en general por segundones de la aristocracia, sigue la trayectoria de esta, gran parte del bajo clero, hijo de las clases populares, pierde arrestos con respecto al siglo XVI y acude a enrolarse en las filas eclesiásticas impelido por consideraciones que nada tenían que ver con la auténtica vocación religiosa. El empobrecimiento del país y la polarización social y económica entre una minoría de privilegiados y una masa de humildes realzaba, por contraste, la situación envidiable del clero. Es lógico que ello provocara un aumento notable de población eclesiástica y en consecuencia, una disminución de la calidad en beneficio de la cantidad. Este cuadro sombrío no era exclusivo de España, por otro lado todas las generalizaciones son abusivas muchos eclesiásticos de la época dejaron profunda huella por sus ejemplares virtudes. El cardenal Pascual de Aragón, arzobispo de Toledo, derramó la caridad a manos llenas. En Barcelona José Oriol vivía en oración continua, y a ayuno a pan y agua. El despliegue de profundas vocaciones religiosas cosechó notables resultados en la intensa actividad misionera. En cuanto a las clases medias, la contracción económica les asesto

un rudo golpe, acentuando por el irresistible deseo burgués de escalar los peldaños que conducían al estamento aristocrático. Tirso de Molina nos habla del “mercader” que está en vísperas de hidalgo. Celosas de sus privilegios, las clases medias – patronos industriales, tenderos, orfebres, comerciantes-, continuaron impulsando las organizaciones gremiales, tanto en Castilla como en la corona de Aragón. El estamento mercantil catalán sufrió mucho a causa de la guerra con Francia, iniciada en 1635, y la subsiguiente revolución del Principado, que significó un golpe mortal contra el gran comercio de exportación hacia el sur de Italia. Ello contribuye a explicar el desvío de la burguesía catalana hacia el atlántico y América característico de fines de la centuria. Las clases modestas- campesinos y artesanos- experimentaron los más graves efectos de la crisis del siglo, aunque es imposible generalizar. En efecto no se puede comparar la situación del campesino propietario con la del braserero, ni la del artesano que trabaja normalmente, con unos salarios que a menudo rebasan el nivel de los precios, con la del obrero afectado por la paralización industrial. En todo caso el empobrecimiento general del país explica el aumento de las lacras sociales: vagabundos, mendigos, picaros y bandoleros (Ubieto, 1979).

El reformismo

No debe ser considerado un movimiento exclusivo religioso afirma Siles (2008) dado que se nutre de los nuevos movimientos e ideas renacentistas: el nacionalismo, los nuevos intereses económicos de la burguesía- que veían en Roma el símbolo de un universalismo opuesto a sus intereses económicos locales y nacionales-, la degeneración moral de la iglesia fastuosa que hacía de las indulgencias un objeto mas de mercadería , la necesidad de desarrollo científico y cultural que chocaba con los planteamientos del catolicismo ultramontano, etc. El nacionalismo era un movimiento que necesitaba el desarrollo de su propia lengua, y la iglesia católica, además de

celebrar la misa en latín, prohibía la traducción del libro de los libros a cualquier idioma vernáculo. La obra de Erasmo de Róterdam burlándose de la falsa dignidad de la iglesia y sus costumbres caducas, la labor regeneradora de tomas Moro y la revisión interna de Tomas de Aquino indicaban que algo estaba a punto de ocurrir en el occidente cristiano. Por todo ello cuando Lutero encabezó una protesta simbolizada por las noventa y cinco tesis que colocó a la puerta del castillo Wittenburg (1517), la mayoría de los nobles de Alemania se mostraron dispuestos a seguirle. Posteriormente el reformismo se transformó en un movimiento plural donde varios países adoptaron diversas formas de reforma: luteranismo, anglicanismo, presbiterianismo y calvinismo. Europa se escindió en dos: dos formas de interpretar la religión, la vida, la política, la economía, y por supuesto la enfermería y la asistencia a los pobres y marginados.

Condiciones Sanitarias España siglo XVII

Tal como señala -Siles (2008):

“La principal y más rápida consecuencia del reformismo fue el vacío asistencial que se produjo en los países de la órbita protestante: Alemania, Noruega, Dinamarca y Suiza. Los obispos, la diócesis y las órdenes religiosas que se hacían cargo de los hospitales fueron suprimidos sin que nadie supiera muy bien quien o quienes podían tomar el relevo en una cuestión tan delicada. La reforma dio el punto de salida a una nueva etapa en la historia de la enfermería, una fase que ha sido denominada oscura, en cuyo transcurso el caos, el descontrol y la ausencia de todo tipo de asistencia a los enfermos que no tenían familia fueron la nota predominante” (p. 186-187).

La división del cristianismo en dos (católicos y protestantes) tuvo un gran impacto en la enfermería y desde ese momento podemos hablar de dos tipos de

enfermería: la católica y la protestante. Probablemente impulsados por el individualismo del renacimiento y pesar del apogeo del pensamiento laico y del naturalismo se formaron pequeños grupos que partieron como eje para la formación de órdenes dedicadas al cuidado de enfermería. Muchas empezaron siendo laicas y con el tiempo se van transformando en religiosas. España será el cabecilla en el movimiento contra reformista y uno de los grandes soportes del papa. Las órdenes religiosas al contrario de lo que sucede en países reformistas del norte de Europa, se van a seguir ocupando del mantenimiento y asistencia de los hospitales (Siles, 2008).

Los reyes católicos se preocuparon de dotar al reino con edificaciones suntuosas para atender a los enfermos, los hospitales, pero estos carecían de una normativa que guiara su funcionamiento. Eran edificios grandiosos pero carecían de una filosofía, es por esta razón que doña Juana y especialmente el emperador Carlos I en 1524, establecieron unas constituciones funcionales. Y partieron por el Hospital Real de la ciudad de Santiago, luego se extenderían a todos los hospitales del país (Eseverri, 1984). En estas constituciones del Gran Hospital Real de Santiago de Galicia (como es citado en Eseverri, 1984) se organizaba como debía realizarse la cura de los enfermos, estableciendo horarios y normas para la visita médica y de enfermería así como también las funciones de cada uno de los que allí trabajaba (médicos, boticarios, administrador, enfermero mayor y enfermero menor). A continuación se muestra una cita textual en relación a algunas de las funciones del enfermero mayor “y visitara continuo las enfermería, e hará fazer las camas en su tiempo y tendrá principal cuidado que se visiten los enfermos, como convenga, les den de comer. Y todas las medizinas que le mandan dar a sus tiempos , todo muy concertado e que tengan cuydado de procurar que los capellanes visiten los enfermos...”(p.54).

Ordenes religiosas

Según comentan García & Martínez (2001) al igual que en el resto de Europa en España los cuidados estuvieron en manos de religiosos, que imprimieron la caridad y el amor a Dios a los cuidados de enfermería. Durante los siglos XVI, XVII y XVIII hubo una gran expansión de las ordenes religiosas en especial las dedicadas al cuidado. El sentido principal de la prestación de cuidados fue encontrar a Dios en el sufrimiento y en el dolor como expiación del pecado y como ofrecimiento divino. Este movimiento fue influenciado por Teresa de Jesús, Juan de la Cruz, Camilo de Lelys Ignacio de Loyola y otros. A partir del siglo XVI los hermanos de San Juan de Dios fundaron hospitales en Granada (1539), Sevilla (1543), Madrid (1557), Gibraltar (1567), Córdoba(1570), Valladolid (1591), Toledo (1596) y Barcelona (1867). Entre las ordenes religiosas femeninas se destacaron las hermanas de la caridad, que se establecieron en varios hospitales de España.

En todas las ordenes que se establecieron en España las reglas básicas que guiaron su actuación según García & Martínez (2001) fueron: 1) La caridad con los pobres; 2) La ayuda a los semejantes; 3) La realización de esta tarea por vocación a una llamada interior (pag.113).

Siglo de Oro de la enfermería española.

A pesar de las controversias refieren García, García, & Valle (1996) “se ha decidido denominar el siglo comprendido entre 1550 y 1650 como un autentico Siglo de Oro de la enfermería española” (p.138).

Durante este periodo ocurrieron en España importantes hechos en enfermería que marcaron el acontecer de la disciplina en los periodos siguientes. Este periodo comienza con el año 1550 que coincide con la muerte de San Juan de Dios; con el

cierra y se abre un periodo. La semilla del santo dio frutos en toda España e incluso se expandió por todo el mundo a través de sus hermanos hospitalarios. Y concluye en 1650 año en que se termina de redactar: *Directorio de Enfermeros*, de Simón López; libro que nunca llegó a imprimirse pero que tiene todo lo necesario para ser un enfermero experimentado y formado en su oficio. A continuación se describen los hechos que acontecieron en ese siglo (García-Martínez, García-Martínez, & Valle, 1996):

a) Aparición y expansión en España de órdenes y congregaciones cuyo objetivo era la asistencia a los pobres enfermos. Aquí destaca la orden de San Juan de Dios (la más universal); la mínima congregación de los enfermeros pobres y la orden fundada por Pedro de Bethencourt o Bethlemitas que se expandió por Hispanoamérica.

b) Redacción de manuales escritos por y para enfermeros. Se destaca el escrito por los obregones *Instrucción de Enfermeros* y el *Directorio de Enfermeros* de Simón López, además el escrito por los hermanos hospitalarios de San Juan de Dios para la formación de cirujanos. Estos manuales suponen la toma de conciencia de los enfermeros del desarrollo de la identidad de enfermería como oficio independiente y además delimitan la práctica. Se trata de recopilaciones del corpus mismo de conocimientos propios del oficio.

c) Planteamiento de un marco de atención de enfermería que concuerda plenamente con el marco actual de la profesión: *cuidados*, *administración*, *docencia* e *investigación*. En la enfermería que practican esas órdenes, se contempla claramente el desarrollo de esas cuatro funciones y se vislumbra una preocupación por el enfermo en su componente biopsicosocial.

Estos tres hechos marcan una ruptura con la enfermería precedente y marcan el futuro de la enfermería posterior.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

5.3 La orden de San Juan De Dios en Chile

5.3.1 Rasgos biográficos de su fundador Juan Ciudad Duarte

Existen controversias en cuanto a su nacimiento pero se ha establecido que habría nacido en el 1495 en un pueblo llamado Montemayor el nuevo en el reino de Portugal. A la edad de ocho años fue llevado por un clérigo a la villa de Oropesa, en donde vivió mucho tiempo en la casa de un hombre llamado Mayoral. Poco hay escrito en relación a su vida en Oropesa y en lo único que concuerdan los biógrafos es que Juan la paso ocupado en las faenas del campo, adaptado a la familia y a la vida pastoril. Vivió una niñez y juventud normal sin nada que destacar y a la edad de veintiocho años se enrolo en las huestes del conde de Oropesa (Martinez, 2002).

A finales de 1532 visita Montemayor, en un viaje que tuvo de todo: gozo, sufrimiento, ilusión, soledad, tristeza, cansancio, meditacion, dolor y tesón. Intentaba localizar a sus padres y nadie le daba razón. Tras fracasar en su visita decide volver a España y lo hace a la ciudad de Ayamonte donde colaboro por algunos días en el hospital, luego se dirigió a Sevilla donde volvió a ocupar el oficio de pastor (Martinez, 2002).

Juan viaja a África con la intención de abandonar el mundo. En el año 1533 llega a Ceuta en donde estuvo unos meses trabajando para ayudar a mantener una familia de exiliados. Sufrió un gran dolor cuando su amigo del trabajo ante el maltrato de los patrones decide abandonar la fe católica y convertirse al islam. Vuelve a Granada a los 38 años y cuando se encontraba en la ermita de San Sebastian y tras escuchar la predica de Juan de Avila (Martinez, 2002):

“que salio de allí como fuera de sí absorto dando voces de Misericordia, Misericordia Dios mio, y se hechava por el suelo, arrancándose las barbas, y

cavellos, y haciendo otras demostraciones de gran constriccion de manera que los que lo veian pensavan que habia perdido el juicio”(p.28).

Fue hospitalizado en el hospital Real de Granada, donde vió como funcionaba un hospital y padeció los malos tratos que le daban a los enfermos. Según comentan Fernandez & Siles (2008) Juan se propuso pasar por loco para sufrir humillaciones y sufrimiento. Esto no lo hacia sin juicio relata Eseverri (1984) “el maestro Juan Avila , su director, estaba al corriente. Este le visitaba, y ambos cambiaban impresiones, puntos de vista, maneras de proceder” (p.58).

La idea de ser enfermero le obsesionaba, quería demostrar, crear y tener su hospital propio. Eran los inicios de una nueva era, una nueva manera de ser y entender los cuidados de enfermería. Es posible que estuviera al tanto de la normativa imperial de cómo tratar a los enfermos. El caso es que tienen muchas similitudes señala Eseverri (1984) como por ejemplo una normativa imperial que decía “los reyes catolicos hicieron los hospitales para cuidar a los enfermos y que de ellos es el hospital y la renta que para ellos dejaron” (p, 58).

Eseverri (1984) concluye “la locura de Juan no fácil de entender, pero ahí esta su cordura. Su preocupación por desarrollar una labor asistencial, que es sanitaria y social. Por tanto humana, humanista, antropológica (p.59). Según este autor la escuela andaluza, granadina, juandediana estaba cimentada, puesta en marcha. Su hospital y su manera de tratar a los enfermos y desamparados están en su mente solo le falta concretarlo.

Juan Ciudad comenta Siles (2008) fundó un pequeño convento hospital en Granada en el primer tercio del siglo XVI, con el apoyo de un grupo de hombres, recogió a los pobres, los enfermos, los niños abandonados, las prostitutas y a los más

marginados de todos: los locos. Se sostenían gracias a la caridad de personas ilustres de Granada, eran una orden mendicante que a finales del siglo XVI se convirtió en una orden religiosa. Se extendió a nivel mundial y alcanzó una gran fama en el cuidado de enfermos.

A continuación se cita extracto de carta escrita en 1550 por Juan Ciudad (como es citado en Ventosa, 1993) a Gutierrez Lasso después de su salida del hospital:

“...la presente sera para hazeros saber como yo estoy muy apasionado y con mucha nezeidad gracias a nuestro señor Jesu-Cristo por todo ello porque aveyos de saber hermano mío amado y querido en Christo Jesús, que son tantos los pobres que aquí se allegan que yo mesmo muchas vezes estoy espantado como se puede sustentar más Jesu Christo lo provehe todo y les da de comer porque solamente de leña es menester siete y ocho reales cada día porque como la z Ciudad es grande y muy fria espezialmente agora de ynvierno son muchos los pobres que llegan ha esta casa de Dios porque entre todos los enfermos y sanos y gente de servicio y peregrinos ay mas de ciento y diez porque ansi como esta casa en general así reciben en ella generalmente de todas enfermedades y suertes de gentes así que aquí ay tullidos, mancos, leprosos, mudos, locos, perláticos, tiñosos, y otros muy viejos y muchos niños y sin estos otros muchos pelegrinos y viandantes...yo estoy en tanta nezeidad, que el día que tengo que pagar a los que trabajan se quedan algunos pobres sin comer...” (p.69-70).

El 8 de marzo de 1550, a los 55 años, moría Juan de Dios en Granada, víctima de una pulmonía a consecuencia de haberse tirado al río Genil para salvar a un joven que, aprovechando la crecida del río, había ido para hacer leña pero se cayó en medio de la corriente y estaba en trance de ahogarse. Lógico final para una vida totalmente entregada a los demás.

Según comenta Ventosa (1993) “la obra de Juan de Dios, no desapareció con su muerte, sino que siguió pululando por todo el territorio español” (p. 71). Fue beatificado por el papa Urbano VIII el 1 de septiembre de 1630 y canonizado por el papa Alejandro VIII, el 16 de octubre de 1690. Fue nombrado santo patrón de los hospitales y de los enfermos. A su muerte su obra se extendió por toda España, Portugal, Italia e Hispanoamérica. Hoy día está presente en los cinco continentes.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

5.3.2 Presencia de la orden de San Juan de Dios en Chile colonial

Llegada de la orden de San Juan de Dios a Chile (inicios del siglo XVII)

A inicios del siglo XVII la influencia de la asistencia hospitalaria y de enfermería de la orden de San Juan de Dios ya se había extendido a varios rincones de América llegando hasta el Perú (Eseverri 1995). En Chile el cabildo con sus diputados demostraron una mala administración de los hospitales de Santiago y Concepción en donde se presentaban constantes quejas por mala atención de enfermos y administración. Como respuesta a esta situación de miseria en que se encontraban los hospitales de Chile el gobernador don Alonso de Ribera en su segundo gobierno, pareciéndole que estarían mejor atendidos en manos de los que por voto, e instituto se emplean en ella, pidió al virrey del Perú, le enviase para ese fin, religiosos de SJDD (Cruz-Coke,1995; Pérez 1900). Las palabras del padre Santos, 1617 (FD36) son un buen testimonio histórico de lo que acontecía en esa época:

“...es imperial esta ciudad de la Concepción y esta fundada en un pequeño valle que se llama Penco...había en esta ciudad un hospital que llamaban de la Misericordia y era real...corría su administración por diferentes manos y quedabase lo que tenía en ellas, con que no tenían que llegar a la boca de los pobres, y morían más de necesidad que de enfermedad...llego a noticias de la ciudad, lo bien que habían probado los hospitales, que a nuestros religiosos se habían entregado....y con ellas escribieron a Lima que es la corte de aquel reino, para que la religión enviase frailes que se entregasen al hospital de su gobierno y administración...tomose por posesión de este hospital por los años 1617 y se quedo con su mismo titulo de la Misericordia...hay cirujanos

religiosos, que cura en la sala a los enfermos...y cura también a cuantos llagados y heridos vienen a portería...” (FD36,1617).

El virrey del Perú don Francisco de Borja, príncipe de Esquilache , autorizó el traslado y los hermanos Fray Gabriel Molina, Francisco Velazco, Francisco Gómez y Pedro Jijaba, bajo la dirección del primero, llegaron a Concepción en enero de 1617. El 9 de Marzo de ese mismo año, en el día de su fallecimiento, el gobernador firmó la orden de traspaso de bienes y dirección a Fray Gabriel Molina. Pese a que la orden se hiciera cargo de la administración interna del hospital, el cabildo quedo con los poderes para contratar a los médicos y cirujanos, para controlar las donaciones y supervigilar el financiamiento del establecimiento (Cruz-Coke, 1995; Encina, 1948 & Laval, 1949).

A partir de esa fecha el hospital del Socorro cambio su nombre por el de San Juan de Dios y sus nuevos administradores, que vestían un traje blanco y pardo fueron conocidos como los “padres capachos” por la gran capucha que llevaban sobre su cabeza que ocultaba su rostro (Cruz-Coke, 1995).

Con la llegada de Fray Molina (1617-1627) a la administración, mejoro considerablemente la atención de los pacientes, se invirtió en la construcción y el equipamiento de todo lo necesario para un establecimiento hospitalario. Reparo las salas de los enfermos, construyo una capilla, un establo, un molino y adquirió una serie de implementos para el trabajo del predio. La propiedad del hospital era gigantesca, el edificio estaba rodeado de chacras y más tarde tendría un viñedo. Todas estas estancias con animales que eran de su posesión financiaban al hospital y alimentaban directamente a los enfermos, hermanos y sirvientes. Todos los vegetales que se consumían en el hospital eran cultivados por ellos mismos por lo que la alimentación de los pacientes era buena, con abundante carne , cereales fruta y hasta vino de su propio

predio. Las entradas alcanzaban a 3mil pesos , de los cuales mil provenían del noveno y medio del diezmo y el resto entradas propias. El hospital era un verdadero fundo contaba con 50 camas y en 1630 atendía en promedio unos 700 enfermos al año (Cruz-Coke, 1995).

Por su parte los documentos históricos escritos por el padre Santos (1617) describen la llegada a Concepción de dos religiosos, que tomaron posesión del hospital y pusieron orden porque no tenía ninguna. Reformaron todo lo necesario, a los pocos días comenzaron a recibir y curar a los pobres enfermos. Contaban con una botica, con buenas enfermerías que ocupaban setenta camas atendidas por diez religiosos y un sacerdote que administraba los sacramentos. Había un cirujano religioso que curaba los enfermos hospitalizados y a cuanto llagado o herido llegara a portería a solicitarlo. Tomaron posesión de este hospital el año 1617 que conservo el nombre de la Misericordia (FD36).

Para Vicuña-Mackena (1877) el llamamiento al país de los miembros del hospital SJDD produjo un cambio extraordinariamente favorable al servicio hospitalario. A partir de esta fecha en Chile se inician los cuidados religiosos. La cita a continuación es una bonita descripción de la llegada de la orden a Chile (Pérez, 1900):

“Luego que el año 1616 llegaron a la ciudad de Santiago y se recibieron del hospital, mostraron que iba en ellos el abrasado espíritu de caridad de su santo fundador en el esmero con que se aplicaron a la asistencia corporal y espiritual de los pobres enfermos, de los cuales se juntaron tantos con el dulce atractivo de sus nuevos enfermeros”

Asentamiento y expansión de la orden en Chile (segunda mitad siglo XVII y XVIII)

Dado los buenos resultados que mostraron los hermanos de SJDD en la administración de los hospitales de Concepción y Santiago era indudable que se demandaría la presencia de la orden en otras ciudades. Muy en concordancia con esta afirmación las fuentes históricas revelan la presencia de la orden en las ciudades de Valdivia, La Serena, San Juan de la Frontera, Valparaíso, Santiago, Talca, Chillán y Arica.

A continuación se relatan hechos históricos de acuerdo como fueron sucediendo en el tiempo.

Para comenzar Valdivia la ciudad más austral, más alejada de la capital y rodeada por territorios mapuches. En el año 1645 y después de ser recuperada por el conde de Mancera ya contaba con un pequeño hospital que era atendido por 4 hermanos de la orden de SJDD, sin médico residente y completamente aislados del resto de la colonia chilena. Las fuentes históricas revelan que permanecieron por más de un siglo proporcionando cuidados de salud en Valdivia pero sumidos en el más completo abandono y con un salario tan ínfimo que no cubría sus necesidades (FD32b).

Segundos en solicitar la presencia de la orden fueron los vecinos de la ciudad Coquimbo quienes donaron un tomín de oro para la creación de un hospital en la Serena. Tras diversas dificultades que puso el cabildo de la ciudad para cumplir la voluntad de los pobladores el rey en el año 1716 ordena que se inicien las gestiones para la construcción del hospital. Los hermanos de la orden de San Juan de Dios participaron en la construcción implementación y puesta en marcha del hospital de la Serena. En el año 1745 reciben decreto real que les entrega la administración y las leyes de funcionamiento (FD6).

Transcurrido un siglo y medio de la llegada de la orden a Santiago las autoridades de la Real Audiencia solicitan al rey la creación de un nuevo hospital destinado a la asistencia de mujeres y solicitan autorización para desviar parte de los recursos que tiene asignado el hospital SJDD para su financiamiento. A continuación se cita Cedula Real que relata los hechos:

“ Presidente y oidores de mi Real Audiencia de la ciudad de Santiago del reino de Chile. En carta del seis de abril de 1767 da cuenta con autos ese presidente...y expone que seria conveniente separar el hospital de mujeres del de los hombres por las contencjencias al que están expuestos en el actual de San Juan de Dios, así por la proximidad de las salas en que residen ambos sexos con solo el resguardo de una débil puerta que las divide, como por la precisa asistencia de los religiosos a la curación y demás necesidades de las mujeres con conocido riesgo y peligro de su estado...”

En Aranjuez 20 de mayo de 1778, el rey autoriza la erección del hospital San Francisco de Borja y la mantención de las cincuenta camas con el desvío de 1500 reales del hospital SJDD (FD17b).

Finalizando el siglo XVIII, se funda otro hospital de la orden de SJDD en la ciudad de Valparaíso puerto principal de Chile colonial desde donde zarpaban y atracaban barcos desde y hacia España con todo lo necesario para continuar con la guerra de Arauco y mantener a la población española. La creación de un hospital era absolutamente necesaria. El 23 de junio de 1777 se decreto su fundación en la quebrada de Elías. La administración estaría a cargo de la orden de SJDD . Se donaron los terrenos y todos los recursos necesarios para su funcionamiento. Entre sus obligaciones

estaba la atención de los soldados de la guarnición y de las tripulaciones de todos los barcos del imperio (FD28).

A continuación se describe visita de inspección que hiciera Luis de Álava el 14 de junio de 1791 al Real hospital de SJDD tal como consta en las fuentes históricas :

“Habiéndose pasado al referido hospital...en la sala de los enfermos se observo sumo aseo y limpieza en las camas y particular esmero en su asistencia y servicio, y en la ropería mucho orden y bastante acopio de sabanas y demás ropas con la reparación conveniente para las enfermedades contagiosas. En la obra del convento ha habido considerable renovación y aumento, debidas como las demás ventajas del hospital al celo del reverendo padre fundador prior fray José Zenzano. La botica se ha hecho mas capaz y provista de medicinas. Se ha aumentado un cuarto oportuno para el padre enfermero y una sala para éticos, se ha cercado con pared y puerta el campo santo y levantado un cuarto para el deposito de difuntos, se han renovado dos celdas; la cocina con otras oficinas y cerrado el patio principal con paredes y la clausura del convento por una entrada de portada decente...El particular esmero con el que el referido padre prior fray José Zenzano atiende a el mayor acrecentamiento del hospital y las ventajas que el pueblo y las demás gentes de mar experimenta en el cuidado y buena asistencia de sus enfermedades en este piadoso asilo le hacen acreedor a que se le den las gracias y no menos por la limosna que franquea al hospital en el exceso que resulta en el importe de los gastos al de las rentas según el libro de asientos...” (CAPITANIA GENERAL, 1790).

En las proximidades del siglo XIX en Talca la creación del hospital surge como iniciativa de un benefactor de la ciudad “Don Juan Manuel de la Cruz, capitán de Caballería del Regimiento del Príncipe, quien escribe al Rey (FD34):

“con mi mayor rendimiento parezco ante V.E. y digo: que anhelando el mayor adelantamiento y decoro de mi patria, la nueva ciudad de Talca entre varios objetos de la mayor atención y que reúne en sí las recomendaciones de Religión y humanidad es el hospital para curar enfermos, de que carece su población, cuyo importantísimo proyecto, mediando la venia y superior protección de V.E. espero entablar en breve...he comprado a mis expensas un sitio cuadrado de noventa y seis varas...mas cuento principalmente con el piadoso superior influjo de V.E. a fin de conseguir...elevar este proyecto a los pies del trono para que merezca la inmediata real protección... año 1796” (FD34).

En Madrid a 8 de julio de 1803, el rey apoya la iniciativa indicando que deben servir la regla de SJDD y les envía las normas para la constitución de una junta que administre el hospital (FD34a).

Para finalizar afirmar que la documentación histórica estudiada permite avalar la creación de hospitales de la orden de SJDD en la ciudad de San Juan de la frontera en el año 1762 (FD39 & FD39a) y en la ciudad de Chillan en el año 1786 (FD32c).

5.4 La enfermería en Chile colonial desde la perspectiva del modelo estructural dialéctico de José Siles González

El espacio social de Chile colonial correspondía a una colonia europea que se asentó en el centro sur del país durante los siglos XVII, XVIII y principios del XIX que formaba parte del imperio español. Según comenta Villalobos (como es citado en Cruz-Coke 1995) “...vivían en Chile del 1600 unos siete mil españoles y criollos, veinte mil mestizos, ciento sesenta mil indígenas y unos tres mil esclavos negros. Estas proporciones irían variando en el curso del próximo siglo en el devenir de la guerra de Arauco” (p.106).

Esta sociedad colonial era gobernada por el cabildo (dos alcaldes y seis corregidores) que representaba a los colonizadores que regulaban el poder del gobernador, que la mayor parte del tiempo se encontraba en la guerra de Arauco. En relación al cabildo comenta Encina (1948) “...si se repasan sus actas se cree estar delante de un supremo regulador de todas las actividades de la vida. Hoy otorga una licencia para hacer adobes...mañana contrata las reparaciones de la catedral; nombra los empleados del hospital; recibe el juramento de los gobernadores; persigue a los hechiceros...titula a los médicos y organiza las fiestas publicas” (p.172-174).

Durante el siglo XVII, la influencia religiosa en el nuevo mundo alcanzo su máximo poder gracias a la acción del patronato indiano, del regalismo, la inquisición, los obispados y las ordenes religiosas. El patronato indiano fue una delegación de facultades del Vaticano a los reyes de España, para enviar misioneros (1493), cobrar los diezmos (1501), proponer y nombrar obispos (1508) y crear y dividir diócesis americana. La inquisición actuó con gran energía controlando a españoles y criollos. Los indígenas estaban excluidos de su control. Al lado de la inquisición estaban las

ordenes religiosas de franciscanos, dominicos, agustinos, mercedarios y jesuitas quienes tenían como intension evangelizar a los indígenas. No se interesaron por los problemas de salud. Por otro lado aunque la enseñanza de la medicina se había perfeccionado en la América colonial esta no era atractiva porque era considerada una carrera apta solo para personas de baja condición social (Cruz-Coke, 1995).

A comienzos del siglo XVII , la orden de San Juan de Dios se hace cargo de la administracion de los hospitales de Santiago y Concepción.

Para estudiar la historia del cuidado en Chile colonial se identificaran las estructuras del plano religioso institucional que tuvieron como funcion la satisfaccion de necesidades de una sociedad que se caracterizo por el encuentro de dos culturas.

5.4.1 Los cuidados de salud de Chile colonial desde la perspectiva religiosa institucional en la cultura Mapuche

La Unidad funcional o visión mágico-religiosa-natural

Estructura social básica que presta cuidados de salud y se ocupa de la tarea de satisfacción de necesidades en el plano religioso institucional: es la visión mágica religiosa-natural de la cultura mapuche “todo tiene un espíritu que lo hace mover, que da vida. Si no la naturaleza estaría muerta”(Grebe, 2005). Esta visión entiende que las enfermedades tienen causas naturales y sobrenaturales o mágicas y es la *machi* la principal mediadora entre la magia y los seres humanos.

Para la cultura Mapuche es la naturaleza quien vincula a su gente con sus antepasados y su historia. Naturaleza que forma parte de su ser y que tiene vida. Por lo tanto cada elemento posee su propia salud y el bienestar de uno estimula el bienestar del otro, y al contrario, la enfermedad de uno enferma al otro. El hombre y el ecosistema se encuentran indiscutiblemente insertos y entrelazados en esta red dinámica de salud y bienestar (Carrasco, 2000).

Al mapuche le afecta todo lo que ocurre en la naturaleza; cuando de alguna forma se rompe el equilibrio, las relaciones entre los seres se ven afectadas. Si alguien rompe el equilibrio al transgredir leyes de la naturaleza, sufre las consecuencias del desequilibrio que ha provocado: la enfermedad tanto física como espiritual (Marileo, 2002). Este desequilibrio se manifiesta en el plano físico o psicológico y es conocido como *kutran* o enfermedad.

La ruptura de la armonía en la red de relaciones sucede en diversas situaciones, por ejemplo, cuando el ambiente dentro de la familia es de discordia, hay peleas entre

vecinos, no hay alimento para los animales, no se respetan los lugares sagrados ni los seres que habitan en ellos, se daña la naturaleza en forma consciente. Cuando esto sucede, los desórdenes y desequilibrios que el individuo provoca traen consecuencias en la salud (Marileo, 2002).

Las enfermedades de causas naturales pueden ser tratadas por la *machi* o por una *lawentufe* (yerbatera) o una *dafeche* (dueña de casa) entendida quienes utilizan infusiones, masajes, compresas, enemas, vómitos, etc.

Elemento funcional: machi, lawentufe y dafeche

Los agentes sociales encargados de organizar y prestar los cuidados de salud en la cultura mapuche son: la *machi*, la *lawentufe* (yerbatera) o la *dafeche* (dueña de casa).

La machi es la única persona autorizada para establecer un puente directo con los espíritus creadores y los ngen (espíritus protectores). Es un ser humano especial que tiene comunicación directa con los espíritus protectores y las realidades no ordinarias (Diaz, A., Perez, M., Gonzalez, C. & Simon, J., 2004).

La machi era seleccionada en su niñez a través de un sueño y recibía una intensa preparación por parte de la *machi* que le precedía, generalmente provenían de la misma familia. Debía saber para que servía cada hierba, como usar las aguas termales y técnicas de concentración que le permitieran entrar en trance durante el *machitun*. No utilizaba ningún tipo de alucinógeno para lograr este estado.

Lawentufe, meica o hierbatero, persona que tiene dones para conocer las propiedades de las hierbas curativas y remedios naturales.

El diagnóstico de las enfermedades es realizado por la *machi* quien utiliza procedimientos mágicos o adivinatorios como detectar la enfermedad a través de la ropa del enfermo o a través de una comunicación directa con los dioses en el *machitún*. Además utiliza procedimientos empíricos como el examen físico en el que a través de la palpación, la observación visual, la anamnesis, el pulso y la observación de la orina diagnostica la enfermedad. La *machi* es una médium entre lo terrenal y lo cósmico. Asume funciones de sacerdotisa y adivina (Carbonell, 2011).

El machitun era la ceremonia religiosa en donde se extraía el mal introducido por un espíritu maligno en el enfermo (Laval, 2000).

Todas las mujeres que curaban las enfermedades naturales debían tener un gran conocimiento de las herbolarias de su suelo y sacaban gran partido de las yerbas, flores, arboles corpulentos, de las cortezas, de las lianas, de las raíces, del fruto en su germen y en su madurez, de las hojas y de los retoños mismos. De sus raíces y tubérculos escondidos en la tierra, los indígenas sacaban las esencias de la vida. (Vicuña-Mackena, 1877).

Marco funcional: ruka, comunidad mapuche

La estructura física y funcional que corresponde al lugar en donde se prestan los cuidados de salud en la cultura mapuche podía ser la *ruka* del enfermo o de la *machi* dependiendo del tipo de enfermedad y también podía ser en la comunidad en donde todo el poblado participaba de la ceremonia religiosa o *machitun*.

Esquema N°3**Modelo estructural de cuidados de salud en la cultura Mapuche de Chile colonial****CHILE COLONIAL***En el plano religioso institucional*

Fuente: tesis doctorado "la enfermería en Chile Colonial. Huaiquién, 2011.

5.4.2 Los cuidados de salud de Chile colonial desde la perspectiva religiosa institucional en la cultura Española

La Unidad funcional Magia-Religión

La Unidad funcional o estructura social básica que presta cuidados de salud y se ocupa de la tarea de satisfacción de necesidades en el plano religioso institucional: son los cuidados religiosos que comandaban la teoría y la práctica de cuidados de enfermería de los hermanos de la orden de SJDD. Cuidados religiosos que eran el principal protector para provocar la curación de los enfermos. Bajo este dogma religioso la enfermedad es permitida por lo divino en función del pecado y el principal medio que poseen los mortales para librarse de sus dolencias es la oración. A través de la oración se comunican con la divinidad pidiendo protección ante la muerte, la enfermedad o las curaciones. Se utiliza el rosario como elemento crucial en la oración.

Cuidados religiosos que promueven la asistencia de enfermería como un acto de caridad, amor a Dios y como un instrumento de salvación para la vida eterna. Según refieren Garcia & Martinez (2001) “el sentido principal de la prestación de cuidados no solo fue ayudar, consolar y servir al prójimo, sino hallar a Dios en el sufrimiento y en el dolor como expiación del pecado y como ofrecimiento divino” (p.113).

Las ideas básicas que comandan la acción de los cuidados religiosos se centran en: la caridad con los pobres, la ayuda a los semejantes y la realización de estas tareas como una respuesta a la vocación o llamado interior. (Garcia & Martinez, 2001).

En relación a los cuidados físicos de los pacientes le daban gran importancia a la higiene del ambiente estableciendo unas normas de manejo del aseo y limpieza de las salas de hospitalizadas que debían realizar la enfermera mayor, la enfermera menor,

la veladora y la ropera. Pensaban que tanto los fluidos corporales como las pérdidas por respiración, transpiración y sudor podían transmitir enfermedades por lo que hacían sahumeros con romero de castilla dos veces al día con el objetivo de limpiar el ambiente de las salas.

Cuidaban con gran celo la alimentación de los pacientes, registrando las indicaciones diarias de alimentación. Llevaban un control de todo lo que comían sus pacientes prohibiendo el ingreso de comida desde el exterior y el intercambio entre pacientes, labor que cumplía con gran celo la portera.

Tenían rutinas diarias de higiene a las enfermas, de aseo de utensilios de alimentación, de aseo y cambio de ropa de cama y de aseo de pisos, murallas, pasillos y salas del hospital. Todo debía ser hecho con estricto cuidado y precisión siguiendo una normas escritas de horario y ejecución.

Era tal la importancia que le daban a la alimentación que tenían dentro de sus normas escritas las raciones que le debían dar a las enfermas con horarios y medidas específicas según la enfermedad. En la alimentación diaria de sus pacientes no podía faltar la gallina, los huevos, el arroz y el vino.

Elemento funcional: personal religioso de la de orden SJDD y personal laico

Los agentes sociales encargados de organizar y prestar los cuidados de salud en la cultura española al interior de los hospitales coloniales podían ser personal religioso de la orden de SJDD: mayordomo mayor, padres capellanes, submayordomo y sacristán y personal laico: diputado de semana, tesorero, secretario, contador, medico, cirujano, boticario, enfermera mayor, sangrador, ayudante de boticario, enfermera menor, veladora, ropera y portera.

Personal religioso hermanos de la orden de SJDD:

Mayordomo mayor: las características personales que debía tener la persona que ocupase ese cargo estaban descritas claramente en las constituciones del hospital San Francisco de Borja (FD17b-1783):

“ persona de representacion, de conducta y de facultades que como en su ejercicio no debe proponerse otro fin que el del servicio de Dios y bien de la humanidad...en ningun tiempo llegue a ser este cargo objeto de codicia o de otra pasion desordenada debiendo ser solo de la más pura y sana piedad...”

El *Mayordomo Mayor* era el gran administrador del hospital, entre sus obligaciones estaba “...el tener presente las ordenanzas del hospital porque en ellas se contienen las peculiares obligaciones de todos los empleados y sirvientes...” lo que expresa claramente su calidad de autoridad administrativa del hospital. Como gran administrador debía estar al tanto de los fondos destinados al hospital (rentas, predios, noveno y medio), para cobrar con exactitud los réditos y también para velar que las pertenencias del hospital no se enagenen o deterioren para el mayor beneficio de la casa. Entre su obligaciones de administrador de personal debía vigilar el funcionamiento de todos los empleados del hospital; debía visitar junto con médico y cirujano la botica dos veces al año para evaluar la mantención y conservación de los medicamentos; debía ocuparse de mantención y reparación de la infraestructura hospitalaria y solicitar la construcción de otra dependencia al ministro protector si era necesario; además debía llevar un registro de los acuerdos realizados en la junta, de los inventarios, de las cuentas y de todo lo concerniente al hospital; todo el personal menor estaba bajo su supervisión y era quien determinaba todo lo concerniente a ellos. No podía visitar todos los días el hospital pero se recomendaba que lo hiciera cuando

pudiera y también algunas noches para asegurar el cumplimiento de los servicios de sus empleados. Finalmente debía tener arregladas sus cuentas antes de que expirara el año para ser aprobadas por el cuerpo de diputados y el ministro protector (FD17b-1783).

Padres capellanes que debían ser dos para turnarse semanalmente para dar asistencia espiritual a las enfermas y demás obligaciones de su ministerio. Entre sus deberes estaba el tener su habitación al interior del recinto hospitalario y no alejarse del hospital por las noches aunque estuviera en su semana de descanso. Estando de turno no podía ausentarse del hospital ni por horas y en casos extremos debían dejar a otro en su lugar con autorización del diputado de turno. Destaca el hecho de que en general sus actividades estaban centradas en la asistencia espiritual de las enfermas y también de los sirvientes que allí trabajaban. El elemento funcional cuidados religiosos es el principal protector para provocar la curación de los enfermos. Entre sus cuidados estaba llevar un registro exacto con nombre y fecha las pacientes que entren al hospital así como también las que mueren. Una vez realizado el ingreso de la paciente debía ofrecerle asistencia espiritual, confesarla y si la situación era crítica ofrecerle la Eucaristía. A continuación se citan fragmentos de las constituciones del hospital que dan cuenta de esta situación (FD17b-1783):

“...Teniendo el hospital muy hermosa iglesia, y colocado en ella el santísimo sacramento para darle el debido culto y comodidad del vecindario sera obligación del capellán decir misa precisamente los días domingos, jueves y demás festivos...”

“Luego que ingrese alguna enferma y se le destine sala y cama la visitara y exhortara a que se confiese sin demorar esta diligencia de tanta importancia

por la apariencia de algunos síntomas saludables que o varían instantaneamente o no son engañosos...la mas funestas resultas cuando menos se recelaban de ella.”

“verificara la confesión y no reconociendo peligro urgente demorara ministrarle la Santa Eucaristía hasta los días señalados en la siguiente ordenanza”.

La hora de rezar el rosario se establece como un elemento fijo del hospital y se transforma en parte del arsenal terapéutico mágico religioso (Siles, 2010).

“pasado un rato de conciliada la cena y del piadoso ejercicio de dar gracias hará señal con la campanilla y principiara el rosario celando asistan a el las enfermas y demás sirvientas”

Se establecen como deber de los padres capellanes visitar las tardes de los miércoles y sábado a las enfermas para ofrecer la confesión y así prepararlas para recibir la santa Eucaristía al día siguiente. Además cuidaran de explicar a las enfermas y sirvientas la doctrina cristiana. Una vez terminada la visita del médico y cirujano debe estar pronto a decir misa ya que es el momento mas oportuno para no ocasionar con alguna demora el que se tarde la administración de alguna bebida o medicamento.

Especial dedicación debían tener con aquellas pacientes que los médicos señalaban con un crucifijo porque esto significaba que estaban en agonía (FD17b-1783):

“La asistira con el celo y caridad correspondiente a su sagrado character, ejercitando en actos repetidos de fe, esperanza y caridad y de dolor de las culpas cometidas por cuyo medio resista al comun enemigo hasta recomendarle el alma al Supremo Ser de quien la recibió”

Estos testimonios escritos acerca de los cuidados espirituales de la orden muestran claramente la mediación de la oración y los santos en la curación de sus enfermos.

Los documentos avalan las habilidades administrativas de los hermanos quienes debían reemplazar al diputado en su ausencia, quedando así como máxima autoridad al interior del hospital además estaban a cargo de todo el personal laico que trabajaba al interior del hospital.

Sub mayordomo o sacristán, vivía en el hospital, se levantaba a las 5 de la mañana y abría las puertas del hospital, despachaba los alimentos a la enfermera mayor y cocinera según las raciones indicadas y también asistía a los padres capellanes en la misa y en los entierros.

Personal laico

Ministro Protector: a la cabeza del hospital y como jefe máximo se encontraba el ministro protector que era miembro de la Real Audiencia y su nombramiento pertenecía a M.I.S.G. y C.G. del R.(FD33b-1767).

Doce diputados de la junta: después del ministro protector estaban los *doce diputados de la junta* que eran personas del cabildo u otros miembros de la sociedad de primera distinción que se hubiesen ofrecido para colaborar. Estos diputados eran elegidos anualmente a fin de año y podían ser reelegidos según su desempeño. Los Diputados hacían turnos semanales y durante su turno eran el jefe para el gobierno interior y económico del hospital. Entre sus obligaciones estaba el vigilar que se cumplieran las diferentes funciones al interior del hospital como pasar visita con medico y cirujano, vigilar que este escrito en la unidad de cada paciente a vista de los

facultativos el régimen alimenticio de las enfermas, velar por que se cumplan las acciones de misa y administración de medicamentos en sus respectivos tiempos de modo de no entorpecer la rutina hospitalaria, vigilar se administren los tratamientos y cautelar que todas las personas cumplen las funciones para las que han sido contratadas. Entre sus obligaciones están también dar el visto bueno a los gastos del día firmando su aceptación, prohibir el consumo de cigarrillos al interior del hospital, velar por la disciplina y el silencio y hacer una declaración de los bienes si alguna de las enfermas los posee.

Por debajo del mayordomo mayor y del diputado de la semana se encontraban el tesorero, el contador, el secretario que eran elegidos por la junta de diputados del grupo de hermanos de SJDD o de los diputados. Su cargo era permanente aunque si cometían faltas se les pedía el puesto.

El contador debía llevar la razón de los caudales que entran en poder del tesorero.

El tesorero "... siendo el tesorero... depositario y conservador de las rentas de la casa es consiguiente preciso haya de ser persona de respeto, de la más acreditada conducta y de facultades". En las juntas le correspondía el primer lugar después del mayordomo mayor, de quien percibía la recaudación de todas las rentas y demás emulmentos de la casa, dando recibo de esto y registrando todo en libro de cuentas. Además debía tener el dinero para cubrir los gastos ordinarios como los salarios, compra de abastos, gastos diarios. Todo claramente registrado para dar cuenta en las juntas al ministro protector.

El secretario: llevaba registro de actas de las juntas de diputados con el ministro protector y mayordomo mayor

El médico: debía acudir a visitar las enfermas dos veces al día, acompañado del boticario y su ayudante la enfermera mayor y la enfermera menor. Se preocupaba de supervisar la correcta administración de medicamentos, controlaba que los alimentos de las enfermas estuvieran en buenas condiciones y trabajaba en armonía con el cirujano de modo de poder derivarle pacientes si era necesario y de hacer visitas a pacientes de cirugía si así lo demandase el cirujano. Además debía derivar rápidamente a salas especiales a pacientes con enfermedades infecciosas.

Cirujano: practicaba amputaciones, trepanaciones u otras avisaba a los practicantes para que asistieran y una vez al año debía practicar una disección en presencia del diputado, médico y practicante. Debía dejar por escrito en forma clara las medicinas, ungüentos y cataplasmas para que fueran preparadas de forma correcta, debía velar que los implementos para cirugía estuvieran en buenas condiciones y completos. También derivaba paciente a medicina y visitaba pacientes de medicina y debía acudir dos veces al día a visitar sus pacientes.

Sangrador subordinado al cirujano lo asistía en la curación de las enfermas, cargando el aparato y aplicándolo cuando se lo indicaban. Además registraba las indicaciones del cirujano. Aplicaba los tópicos indicados por el médico.

Boticario preparaba los compuestos químicos solicitados por médicos y cirujanos y vigilaba el perfecto estado de los ingredientes que mantenía en botica para preparar ungüentos, cataplasmas y otros. Además controlaba el acceso a la botica de modo de que no se produjeran pérdidas de materiales. Cuando preparaba alguno de sus tópicos o medicamentos debía avisar a los oficiales para que asistan a ver su ejecución como una forma de instrucción.

Enfermera mayor su rol es la limpieza de las salas por lo que debía hacer aseo de pisos dos veces al día y sahumerios de sala tres veces al día. Acompañaba al médico y cirujano en sus visitas registrando por paciente las alimentaciones que los facultativos ordenasen. Además mantendrá los utensilios para comer a cada enferma, les suministrara agua antes de las comidas y vigilara que las enfermas no introduzcan comida desde fuera del hospital, mantendrá el orden y disciplina de las enfermas y avisara al padre capellán si médico o cirujano solicitan sacramento para alguna enferma o si ella con enfermera de sala observan que una paciente entra en agonía.

A continuación se cita sus funciones tal como están escritas en las constituciones del hospital San Francisco de Borja (1783):

“su primera obligacion es cuidar que las salas esten limpias y aseadas como uno de los requisitos mas precisos de los hospitales...no es menos necesario...sahumerios de romero de castilla o alucena...se dirigen a impedir que se figen en las salas y demas materias putridas que las enfermas comunican a la atmósfera por la transpiracion insensible, salivas, excrementos y orines...pondrá especial cuidado de que no se mezcle la ropa del servicio de las enfermas de males contagiosos con las de servicio regular, y que la misma separacion se observe al tiempo de lavarla, pues para ello deben haber utensilios separados para obviar cuanto sea posible el contagio...llevando un cuaderno que indique...todo genero de alimento con arreglo a las raciones que se expresaran y los facultativos ordenaren a las enfermas...” (FD17b-1783) .

Ropera quien debía registrar toda la ropa que traían los pacientes a su ingreso, además recogía todos los vendajes y demás ropas sucias de la sala entregándolos a las lavanderas. Vigilaba que no se mezclara la ropa de pacientes infecciosos con la de

otros pacientes en todo el proceso de lavandería. Llevaba un inventario de la ropa entregada a la enfermera de sala como a la lavandería.

Las enfermeras menores son las que proveían de todas las necesidades de las enfermas durante el día hasta después de la cena y *las veladoras* las subrogan para la vigilia de la noche. Están subordinadas a la enfermera mayor a quienes le debían obediencia.

Portera vigilaba el acceso al hospital e impedía la intrusión de personas no adecuadas durante la visita de los facultativos a las enfermas. Además recibía el pan y controlaba su buen estado.

Marco Funcional: El hospital Real

La estructura física donde se prestaban los cuidados de enfermería correspondía a la de un *hospital Real* y esto significaba que era favorecido por el rey quien dictaba sus ordenanzas y lo protegía con su real patrocinio que en la parte económica significaba asignar el noveno y medio del diezmo para su mantención. Los hospitales reales se caracterizaban por estar administrados por ordenes religiosas pero también contaban con personal laico contratado y administraban cuidados básicos y medios (Eseverri, 1995).

Las constituciones analizadas y que son extrapolables a todos los hospitales de la época nacen a partir de la fundación del hospital real que fue fundado en el año 1775 y que nació por inquietud de la ciudadanía que expone:

“...sería conveniente separar el hospital de mujeres del de los hombres, por las contencencias a que están expuestas en el actual San Juan de Dios, así por la

proximidad de las salas en que residen ambos sexos con solo el resguardo de una débil puerta que las divide, como por la precisa asistencia de los religiosos a las curación y demás necesidades de las mujeres con conocido riesgo y peligro de su estado...”, FD33b-1767.

Para el funcionamiento del hospital se escribieron las ordenanzas por el mayordomo mayor del hospital y el diputado en base al reglamento establecido en las plazas de su majestad para las islas de Cuba y fueron aceptadas por toda la junta de diputados, por el ministro protector, el señor regente y el ilustre obispo, es decir todas las autoridades de la época.

El objetivo del reglamento de ordenanzas era regular el gobierno interior político y económico del real hospital San Francisco de Borja y que la heroica voluntad del rey Carlos III, se había dignado establecer a beneficio de las pobres mujeres que enferman de su real erario y bajo los auspicios del ilustre señor presidente Don Ambrosio de Benavides y el regente de la Real Audiencia Don Juan Tomas Alvarez ministro protector de esta casa.

En dichas normas se establece claramente todas las dependencias que tiene la planta física del hospital razón por la que se conoce que había habitaciones para los hermanos de SJDD, una capilla, habitaciones para las sirvientas y tres salas en forma de crucero para las enfermas en cuyo centro había un altar en el que decía la misa y que permitía la participación de las tres salas. Además tenían una salas para las *sigiladas con Lúe venérea* y para pacientes que tenían calenturas o dolencias contagiosas.

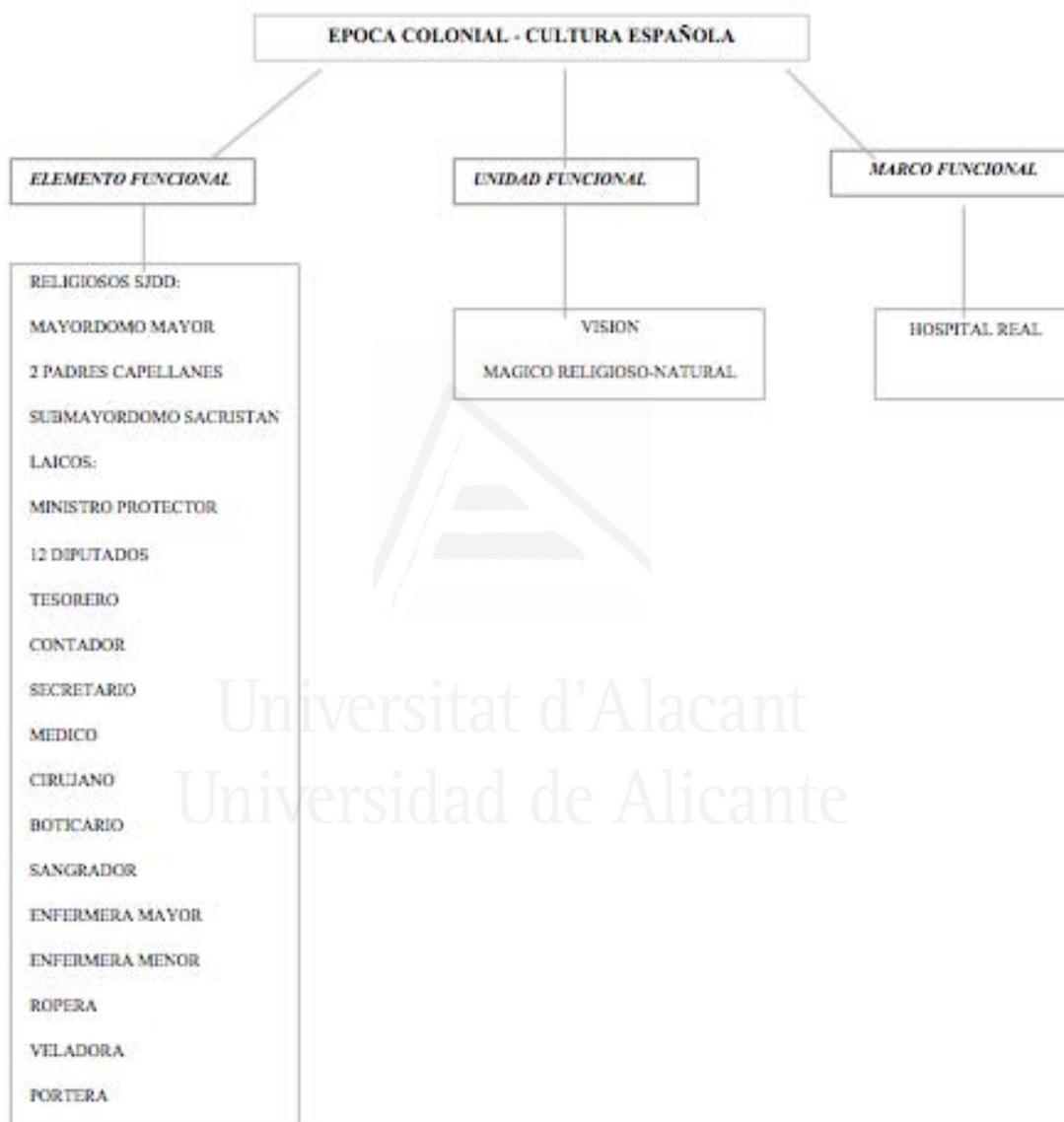
En las ordenanzas además se describe claramente el numero total de empleados que conforma el hospital: un ministro protector, doce diputados, un mayordomo mayor, un contador, un tesorero, un secretario, dos padres capellanes, dos facultativos medico, cirujano, un boticario, su ayudante, un sangrador, dos

submayordomos, una enfermera mayor y sus ayudantas (dos dichas para el ministerio de unturas y de ayudas, siete mas para la asistencia de las salas, dos veladoras, tres lavanderas, dos cocineras, una ropera mayor y su ayudanta, dos colchoneras y una portera.

Y finalmente están detalladas cada una de las funciones que deben cumplir todos los que integran el hospital.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Esquema N°4**Modelo estructural de cuidados de salud en la cultura Española de Chile colonial****CHILE COLONIAL***En el plano religioso institucional**Fuente: tesis doctorado "la enfermería en Chile Colonial. Huaiquián, 2011.*

5.4.3 Síntesis de los cuidados de salud en Chile colonial

A modo de síntesis en Chile colonial se da un encuentro de dos culturas:

La cultura mapuche cuida su salud en estrecha relación con su cosmovisión que plantea que las personas deben vivir en perfecta armonía con su entorno con el cual forman una unidad. En esta unidad en que se desenvuelve el ser humano conviven lo divino y sobrenatural con la dimensión terrenal sin contradicciones sino más bien en interrelación. El mapuche a partir del *ad mapu* (un código ético) con el objetivo de tener una vida sana vive en armonía con estos espacios de energía positiva y negativa. Si esta relación armónica se altera se produce la enfermedad y se recurre a la machi persona autorizada por los ancestros y deidades para restablecer el equilibrio. La enfermedad como producto de un desequilibrio tiene un carácter social.

La cultura Española dependiente del Imperio Español principal bastión de la religión católica posee una gran exaltación religiosa que se exagera con las catástrofes naturales y con la guerra de Arauco que ocurre en Chile colonial. Bajo el dogma del cristianismo los españoles fundamentan su enfermedad como un castigo divino en función del pecado y el principal medio que poseen para liberarse de sus enfermedades es la oración. A través de la oración se comunican con la divinidad pidiendo protección ante la muerte, la enfermedad o las curaciones. Se utiliza el rosario como elemento crucial en la oración. A partir de esta concepción surgen los cuidados religiosos y la orden de San Juan de Dios como una de las principales representantes.

Los cuidados religiosos se fundamentan bajo dos sentidos: uno la asistencia de enfermería como un acto de caridad, amor a Dios y como un instrumento de salvación

para la vida eterna y el otro hallar a Dios en el sufrimiento y en el dolor como expiación del pecado y como ofrecimiento divino (Garcia & Martinez, 2001).

Bajo un mismo territorio pero con cosmovisiones distintas conviven estas dos culturas que practican sus cuidados de salud por separado pero que si se analizan en profundidad se encuentran semejanzas como el sentido mágico religioso que le dan a la causas de sus enfermedades y los ritos que utilizan para la curación de estas en el caso de la cultura mapuche la danza y la oración de la machi que salta al mundo de los dioses para interceder por el enfermo y lograr su curación y en el caso de la cultura española los hermanos de SJDD vicarios de Cristo que a través de la misa, el rezo del rosario y la entrega de santos sacramentos interceden por los enfermos y los ayudan a expiar sus enfermedades, salvar sus almas y a protegerse ante la muerte.

La cultura Mapuche opuso resistencia por mas de 200 años a la invasión española y tras el desastre de Curalaba (1598) la corona Española y el parlamento Mapuche establecen como limite entre ambos territorios el río Bio-Bio y así convivieron hasta la independencia de Chile (1810). Desde luego siempre fue un objetivos del imperio convertir a los indígenas al catolicismo pero la gran influencia que tuvieron algunas ordenes religiosas permitio que esto se hiciera de forma pacifica con algunas excepciones en ambos bandos.

Ambas culturas estaban muy convencidas de sus concepciones del mundo pero por tener elementos comunes se influenciaron y los españoles tomaron el conocimiento que tenían los indígenas de las hierbas en la curación de enfermedades y los mapuches acogieron el uso de la cruz como un símbolo para representar a sus dioses.

5.5 La enfermería de SJDD en Chile colonial bajo la óptica de Bourdieu

5.5.1 El concepto de campo y su relación con la teoría y práctica de enfermería de la orden de SJDD en Chile colonial.

Bourdieu ve el campo científico como un sistema de relaciones objetivas entre posiciones alcanzadas, que luchan por un objetivo el poder científico, que se traduce en una capacidad técnica y un poder social (Bourdieu, 1976). De esta forma el interés por una actividad científica, una pregunta de investigación, una línea, siempre tiene una doble cara, política y epistemológica, como las estrategias utilizadas para satisfacer esos intereses. Existe una integridad de los conflictos epistemológicos y políticos y Bourdieu (1994) argumenta que las investigaciones sobre el poder en el campo científico solo deberían incluir asuntos epistemológicos sin embargo también abordan aspectos políticos (Bourdieu, 1994, p. 124).

Bajo la óptica de Bourdieu "La orden de San Juan de Dios en Chile se presenta como un campo científico" dado que tiene un espacio estructurado de puestos que implican unas funciones y poderes que dependen de la posición que ocupen en el espacio y que son independientes de quien ocupe el puesto.

Observando la práctica de enfermería de SJDD en Chile colonial a través de la óptica de Bourdieu podemos decir que ella constituía un campo inserto dentro del contexto de un hospital colonial. El análisis de su práctica evidencia que poseía una estructura organizada que le era propia y en la cual estaban definidas las categorías profesionales, los requisitos mínimos para formar parte de la orden, la constitución específica de sus funciones y su código de ética. Es decir las normas de acción.

La enfermería de la orden de San Juan de Dios estaba definida en dos categorías, una era la enfermería religiosa practicada por los hermanos de la orden y la segunda era la enfermería de asistencia practicada por personal laico contratado para cumplir funciones de atención directa al paciente. Para ocupar la categoría de enfermería religiosa era requisito fundamental ser miembro de la orden de SJDD que se encargaba de hacer cumplir a sus miembros unos requisitos previos para ingresar a ella. Para ocupar la categoría de enfermería de asistencia el requisito era contar con el visto bueno del mayordomo mayor quien contratava directamente a las personas que ocuparían estos cargos.

La estructura organizada del campo de la enfermería religiosa practicada por los hermanos de SJDD permitía que cualquier hermano de la orden pudiese ser elegido por la junta de diputados que provenía del Cabildo para ocupar el cargo de mayordomo mayor quien sería el que ejercería el puesto de mayor poder dentro de la orden. De esta forma, la posición dominante y dominada es definida legalmente, por lo que probablemente ocurrían luchas internas entre los hermanos por la autoridad y el poder. A nivel de la enfermería asistencial el mayordomo mayor era quien vigilaba y supervisaba las funciones de las enfermeras laicas, también designaba las personas que ocuparían los cargos a quienes instruía acerca de las actividades que debían cumplir según su puesto. La enfermera mayor era la encargada de vigilar el desempeño de tareas a este nivel, quedando así definidas las posiciones de dominio que posiblemente inducían a conflictos por la autoridad y poder. Por otro lado estos cargos asistenciales nunca podrán optar a cargos superiores.

En el campo de la salud colonial la enfermería religiosa de SJDD contaba con una autoridad científica concedida por el saber gestionar y administrar los hospitales

que incluía el dominio de técnicas de cuidado, de saber educar y saber administrar. Los hermanos contaban con una instrucción precisa acerca de la administración de los hospitales y del cuidados de sus pacientes que había sido establecida hace más de un siglo por su fundador “Juan Ciudad Duarte”. Se puede decir que en el campo de la enfermería religiosa la orden de SJDD se constituía como un campo científico en el que las relaciones y las estrategias de quienes lo componen están direccionadas para la obtención de reconocimiento, prestigio y legitimidad.

Visualizando el campo de la enfermería de SJDD en Chile colonial a través de la mirada de Bourdieu se puede analizar que si bien los hermanos de la orden estaban preparados y facultados para gestionar el funcionamiento de los hospitales de forma independiente y solo rendir cuentas a su prelado en el Vaticano sin mediación alguna, en Chile el poder civil estuvo siempre controlando la gestión del hospital a través de una junta de diputados que provenía de la Real Audiencia.

Eran muchos los intereses económicos que se habían destinado a la gestión y administración del hospital por lo que los ciudadanos estaban muy interesados en participar en su administración. El poder principal lo tenía el ministro protector *“Siendo esta piadosa fundacion unicamente debida a la piedad de nuestro augusto soberano es consiguientemente preciso que ella deba estar bajo su real proteccion...y que el principal jefe de dicha casa sea un ministro de esta Real Audiencia con el titulo de protector”*. Le correspondía presidir las juntas extraordinarias, las elecciones anuales de mayordomo mayor y diputados; confirmar la cuenta anual del mayordomo; visitar algunas veces la casa para informarse personalmente de su estado. Acompañando a este ministro protector se encontraba el cuerpo de doce diputados que también eran elegidos de la real audiencia y que rotaban una semana. Este cuerpo de

diputados junto con el mayordomo del hospital que es un hermano de la orden de SJDD elegirán a los dos padres capellanes y facultativos medico, cirujano y boticario. Por lo tanto en la dirección del hospital participaba solo un hermano de la orden de SJDD que era nombrado mayordomo mayor. Bajo la figura del ministro protector se encontraba el diputado de la casa que era el jefe del hospital para su gobierno interior económico. Su función principal es velar porque todos cumplan su trabajo, debía estar todo el día en el hospital, visitar las enfermas, visitar la cocina, asistir a la visita de medico y cirujano, vigilar el cumplimiento de las rutinas religiosas, revisar las cuentas, etc.

Paralelo al diputado de la semana se encontraba el mayordomo mayor cuyo campo de acción era la administración y gerencia del hospital. Entre sus obligaciones se encontraban actividades de administración de personal, la administración de bienes y servicios y la gestión económica del hospital.

De la custodia y distribución de los dineros del hospital se hacía cargo *el tesorero* “*persona de respeto de la más acreditada conducta y facultades*” quien era el depositario y conservador de las rentas de la casa. Estaba bajo la orden del mayordomo mayor de quien recibía la recaudación de todas las rentas y emolumentos de la casa otorgándole los recibos correspondientes. Era el encargado de llevar los gastos de la casa. Esta persona era un ente fiscalizador que habían puesto los miembros del cabildo de manera de estar enterados de todos los movimientos económicos que se hacían en el hospital y llevar el control de estos.

Elegido también del cabildo era el contador quien debía llevar un registro de todos los movimientos de dinero que se hacían en relación al hospital, tanto los dineros entrantes como los gastos en pagos de servicios y compras de abastos.

Más cercanos al campo de los cuidados de los enfermos se encontraban *los padres capellanes* estaban dedicados a la asistencia espiritual de las enfermas. Debían registrar todos los ingresos y egresos de las enfermas como también las muertes, reemplazaban al diputado en su ausencia, se encargaban del aseo y ornato y debían vigilar el vestuario de sirvientas. Por último bajo la orden de los padres capellanes y junto al cuidado de las enfermas se encontraban las enfermeras laicas quienes eran contratadas, formadas y supervisadas por los hermanos de la orden.

5.5.2 El concepto de habitus y su relación con la teoría y práctica de la enfermería de la orden de SJDD en Chile colonial.

Visualizar el habitus de la enfermería de SJDD a través de la mirada de Bourdieu exige revisar la bibliografía y apropiarse de los contenidos que diversos autores han descubierto en los documentos históricos que dan cuenta de la vida y obra del fundador de la orden en el siglo XVI, quien inyectó a los cuidados de enfermería valores como: *la hospitalidad, la caridad, la solidaridad, el altruismo y el humanismo*, todos principios cristianos dirigidos a servir al otro y de los cuales surgió el cuidado de los enfermos como una obra de misericordia “dar de comer a los hambrientos, dar de beber a los sedientos, vestir a los desnudos, visitar a los presos, albergar a los que no tienen lugar para vivir, cuidar a los enfermos y enterrar a los muertos” (Fernandez & Siles, 2008; Martínez, 2002).

A partir de este esquema se debía producir el pensamiento, la percepción y la acción de los hermanos de la orden. Es así como en las constituciones del hospital San Francisco de Borja se describe que los padres deben tener una habitación dentro del recinto exterior del hospital, deben dedicarse a la asistencia espiritual de las enfermas

dando misas tres veces por semana; ofrecer la confesión al ingreso de las pacientes y tres veces por semana; dar la eucaristía, explicar la doctrina cristiana tanto a enfermas como sirvientas, rezar rosario y acompañar a las moribundas en su agonía. Esta descripción de actividades de los padres capellanes da cuenta de la importancia que tenía la doctrina católica como parte del arsenal terapéutico mágico religioso dentro del hospital.

También según el legado de su fundador los hermanos debían caracterizarse por llevar una buena administración del hospital ya que deben ocuparse de las funciones generales y del mantenimiento del hospital. En las fuentes históricas de este estudio se describe en las constituciones las funciones del mayordomo mayor se puede inferir a través de estas que en su habitus de enfermeros religiosos estaban altamente capacitados para administrar y gestionar el funcionamiento y mantención de un hospital. Es así como entre su obligaciones se encontraban actividades de administración de personal como vigilar el funcionamiento de todos los empleados del hospital (padres capellanes, médico, cirujano, boticario, enfermera mayor, ropera, enfermera menor, sangrador, portera, primer mayordomo y sacristán); de administración económica porque debía estar al tanto de todos los fondos del hospital, cobrar los réditos, evitar que se deterioren las fincas y cubrir los gastos del hospital así como los salarios de los funcionarios; de mantención y reparación de la infraestructura hospitalaria y de todos los utensilios necesarios para el funcionamiento del hospital (alimentos, medicamentos, insumos, ropa); además debía llevar un registro de los acuerdos realizados en la junta, de los inventarios, de las cuentas y de todo lo concerniente al hospital; todo el personal menor estaba bajo su supervisión y era quien determinaba todo lo concerniente a ellos. No podía visitar todos los días el hospital pero se recomendaba que lo hiciera cuando pudiera y también algunas noches para

asegurar el cumplimiento de los servicios de sus empleados. Finalmente debía tener arregladas sus cuentas antes de que expirara el año para ser aprobadas por el cuerpo de diputados y el ministro protector.

Por ultimo también debían velar por *los cuidados amplios del cuerpo y del alma como filosofía de enfermería*. Debían registrar todos los ingresos y egresos de las enfermas como también las muertes, reemplazaban al diputado en su ausencia, se encargaban del aseo y ornato y debían vigilar el vestuario de sirvientas. Además para realizar esta función se apoyaban en enfermeras laicas que ellos mismos contrataban y preparaban para que cumplieran diversas funciones muy cercanas a los pacientes. Es así como bajo la orden de los padres capellanes y junto al cuidado de las enfermas también se encontraban: *la ropera* quien debía registrar toda la ropa que traían los pacientes a su ingreso, además recogía todos los vendajes y demás ropas sucias de la sala entregándolos a las lavanderas. Vigilaba que no se mezclara la ropa de pacientes infecciosos con la de otros pacientes en todo el proceso de lavandería. Llevaba un inventario de la ropa entregada a la enfermera de sala como a la lavandería; *la enfermera mayor* cuidaba que las salas estuviesen limpias por lo que hacía aseo de los servicios y sahumeros de sala dos veces al día. Acompañaba a la enfermera mayor al médico y cirujano en sus visitas registrando por paciente las alimentaciones que los facultativos ordenen. Además mantendrá los utensilios para comer a cada enferma y vigilara que las enfermas cumplan las normas del hospital; *las enfermeras menores* eran las que proveían de todas las necesidades de las enfermas durante el día hasta después de la cena y *las veladoras* eran las que las subrogan para la vigilia de la noche. Están subordinadas a la enfermera mayor a quienes le deben obediencia (FD17b).

CAPITULO VI

6. DISCUSION

6.1 Discusión

Como primera reflexión es importante destacar que pese a que en la década del sesenta ya había enfermeras interesadas en realizar estudios históricos de enfermería (Hernández, 1960; Colegio de enfermeras, 1965; Colegio de enfermeras-b, 1965 & Flores, 1965), el desarrollo de la investigación histórica de enfermería en Chile ha sido escaso, aislado y en su totalidad ha sido realizado por enfermeras docentes vinculadas a universidades del centro sur del país. En general se trata de estudios cronológicos que corresponden a la historia total, es decir solo se dedican a contar los hechos sin incluir el contexto social en que se desarrollan.

En concordancia con (Cruz-Coke, 1995; Encina, 1948; Eseverri, 1995 & Vicuña-Mackenna, 1877), los antecedentes históricos recopilados en esta investigación verifican que la época colonial fue azotada por grandes catástrofes que caracterizaron a Chile por la ausencia de la medicina hispánica (FD32a-1754). Daños como: el desastre de Curalaba ocurrido el 23 de diciembre de 1598 en el que los mapuches al mando del toqui Pelentaro dan muerte al gobernador de Chile: don Martín García Oñez de Loyola, originando la más grande sublevación araucana que produjo la destrucción de todas las ciudades ubicadas al sur del Bio-Bio (Arauco, Angol, Cañete, Imperial, Osorno, Valdivia y Villarrica); el terremoto de 1647 que deja la ciudad de Santiago en el suelo y mueren alrededor de mil personas y por último la sublevación de 1655 que aniquilo todos los establecimientos españoles entre el Bio-Bío y el Maule.

El primer hospital fundado en Chile fue el de nuestra señora de la Asunción en la ciudad de la Serena en el año 1559 para atender a indios naturales, cristianos y

españoles y se iba a financiar con el oro obtenido de la mina de Andacollo y sería dirigido por el cabildo sin que se entrometieran en su dirección “ni fraile, ni clérigo, ni persona de religión, ni arzobispo”... (Cruz- Coke, 1995). Esto concuerda totalmente con autores como (Eseverri, 1995; Frank, 1981; Laval, 1949 & Vicuña –Mackenna, 1877) que destacan la fundación del primer hospital en Chile en el siglo XVI.

Como relatan las fuentes históricas la mala administración que tuvieron los hospitales hasta iniciado el siglo XVII y las buenas referencias que llegaban de la orden de San Juan de Dios que ya se había establecido en el virreinato de Perú, motivaron al gobernador de Chile para que solicitara al virrey del Perú enviase hermanos de la orden de SJDD a hacerse cargo de los hospitales en Chile. Es así como el año 1617 llegan a Chile 4 hermanos de la orden a hacerse cargo de la administración de los hospitales de Santiago y Concepción. De esta forma se iniciarían los cuidados religiosos en el reino de Chile. Estos relatos coinciden con Donahue (1993) y Hernández (1995) que destacan los cuidados religiosos de enfermería como un gran aporte de España a los países conquistados y también coinciden con las afirmaciones de (Cruz-Coke, 1995; Eseverri, 2001; Encina, 1948; Frank, 1981; Hernández, 1995; Laval, 1949; Ortega, 1992; Pérez, 1900; Santo tomas, 2004 & Vicuña Mackenna, 1877) que describen la llegada de los enfermeros de la congregación de San Juan de Dios a los hospitales de Chile en siglo XVII.

La administración de cuidados religiosos fundamentados en la filosofía cristiana fueron la principal herramienta utilizada por los hermanos de la orden de SJDD en la asistencia hospitalaria en Chile colonial. Cuidados que en concordancia con Garcia & Martinez (2001) promueven la asistencia de enfermería como un acto de caridad, fundamentados en el amor a Dios y como una forma de salvación para la vida eterna. Las ideas básicas que dirigían su accionar eran la caridad con los pobres, la ayuda al

prójimo y la realización de estas tareas como un acto de vocación (Ventosa (2010). Tal como lo conceptúa Siles (2008) visualizaban la enfermedad como un castigo a sus pecados y utilizaban la oración como un instrumento de curación, razón por la que establecieron rezar el rosario como un dispositivo fijo del hospital y como parte del arsenal terapéutico.

Las fuentes históricas de este estudio evidencian la permanencia de la orden de SJDD en Chile durante toda la época colonial (1617- 1812). Lo que sin duda debe considerarse un gran aporte social ya que con su llegada al país mejoró indiscutiblemente la disposición de los cuidados de salud al interior de los hospitales, que a partir de esa fecha se administraron de forma organizada, con altos estándares de higiene y limpieza, vigilando sigilosamente de la alimentación de sus pacientes y con una gran preocupación por brindar asistencia espiritual a quienes necesitasen de sus servicios. Cuidados que en concordancia con (García & Martínez, 2001; Fernández & Siles, 2000; Eserverri, 2001; Martínez, 2002 & Ventosa, 2010) estaban fundamentados en la filosofía cristiana lo que les hacía ser humanitarios, caritativos, solidarios y hospitalarios. Además eran altamente calificados puesto que al igual como los describe Nogales (2003) mostraban una correcta administración, unos conocimientos y una buena práctica que sin duda era fruto de una formación programada.

Es importante destacar también que la permanencia de la orden en Chile coincidió con una etapa de gran decadencia y en ocasiones de total ausencia de asistencia médica en los hospitales chilenos (FD32a-1754), es así como por largos periodos de tiempo y en los lugares más apartados y peligrosos la orden de SJDD constituyó la única esperanza de salud para un pueblo azotado por terremotos, pestes y guerras, esto en concordancia con Cruz-Coke (1995) quien relata que Santiago durante un gran periodo del siglo XVII no tuvo médicos residentes porque “era una ciudad

peligrosa, que estaba renaciendo de las ruinas del terremoto de 1647, sometida a los rigores de la inquisición, sufriendo epidemias recurrentes cada década y subyugada por la fuerte hegemonía y autoritarismo que el gobernador, el ejercito y la iglesia imponían...” (pagina 138).

Si bien la literatura consultada previamente solo describe la ciudad de Santiago y de Concepción como lugares en donde se estableció la orden. Las evidencias de este estudio permiten afirmar la presencia de los hermanos de SJDD en las ciudades de La Serena, Santiago, San Juan de la Frontera, Talca, Valparaíso y Valdivia. Su permanencia varió en el tiempo ya que luego de instalados en las ciudades de Santiago y Concepción su fama se extendió al interior del país y fueron solicitados de otras ciudades para administrar sus hospitales. Los documentos históricos destacan como los vecinos representados por el cabildo o los gobernadores de sus ciudades escriben al rey de España solicitando su autorización y su real protección para erigir un hospital de la orden en su ciudad.

A partir de la aplicación del modelo estructural dialéctico al interior de los hospitales coloniales (marco funcional) se observa que la orden de SJDD corresponde al elemento funcional principal encargado de administrar el hospital y brindar los cuidados de salud religiosos (elemento de acción). Realizaban actividades de asistencia espiritual en absoluta independencia de médicos, cirujanos y boticarios quienes acudían en horarios precisos al hospital y trabajaban con el personal de enfermería laico. Como administradores del hospital se encargaban de que todos los miembros que participaban de los cuidados cumplieran sus funciones.

A través de la lectura de las ordenanzas se constata que los verdaderos artífices del funcionamiento de los hospitales coloniales fueron los hermanos de SJDD, pero que

tuvieron muchos inconvenientes para realizar su gestión tales como la intrusión del cabildo, la ausencia de médicos y los desastres naturales como los terremotos que echaron por tierra todas las construcciones debilitando así la economía de la región que se traducían en la disminución de aportes pecuniarios pero no en la reducción de sus huéspedes que iban en aumento con los desastres.

Visualizar la enfermería de SJDD a través del modelo estructural dialéctico para la historia de los cuidados de Siles permitió conocer el funcionamiento de la estructura hospitalaria de la época colonial y comprender los diferentes actores involucrados además de reconocer a través de esta situación que la dimensión del aporte de la orden a los cuidados de enfermería en Chile colonial se traduce en un aporte a la sociedad en general dado que a lo largo de dos siglos fueron los únicos que asumieron estoicamente los desastres, la pobreza, los ataques de los indígenas en pro de brindar una situación de esperanza a los habitantes de una región peligrosa como fue Chile en la época colonial

El análisis de los cuidados de salud de la cultura mapuche a partir del modelo estructural dialéctico me ha permitido comprender que la cultura mapuche tiene una cosmovisión que integra al ser humano como un todo que forma parte de la naturaleza y que a partir de esta visión entiende la salud como un equilibrio entre el ser humano y el cosmos y la enfermedad como una alteración de este equilibrio. Para el mapuche la tierra es vital para su vida y se siente parte de ella. Esta posición en el universo fue y es la principal fuente de inspiración y energía que hace que luche por sus territorios que considera sagrados dado que en ellos viven sus dioses.

Para la cultura Mapuche las enfermedades tienen causas naturales y sobrenaturales o mágicas (Citarella, L., Conejeros, A., Jelves, I., Oyarce, AM., Vidal, A

et al 2000; Flores-Guerrero, 2004 & Neculhueque, C. 2005). El diagnóstico de las enfermedades es realizado por la *machi* quien utilizando elementos mágicos (ropa – machitún) y naturales (examen físico) detecta la enfermedad (Flores-Guerrero, 2004; Kraster, 2003 & Neculhueque, C. 2005). La *machi* puede curar o matar, usa el bien y el mal, tiene poder para hacerlo es una médium entre lo terrenal y lo cósmico. Asume funciones de sacerdotisa y adivina (Carbonell, 2011).

El desarrollo de este estudio a partir del referencial teórico de Bourdieu fue adecuado para el alcance de los objetivos dado que permitió visualizar en primer lugar el campo de la orden de SJDD como un campo científico con una capacidad técnica que se traducía en la administración de cuidados religiosos al interior de los hospitales y una capacidad social que representaba un aporte a la sociedad colonial ofreciendo el único lugar en donde se brindaban cuidados de salud hospitalarios, caritativos y humanitarios. En este campo organizado de la orden de SJDD está muy claro quien tiene el poder que está definido por la posición que ocupa en el campo y que es independiente de la persona que ocupa el puesto. El *habitus* de la orden de SJDD a través de la óptica de Bourdieu muestra que la orden poseía una capacidad religiosa que le permitía ofrecer a los enfermos una posibilidad de sanación y curación a través de los cuidados religiosos, una capacidad administrativa y gerencial para organizar los cuidados al interior de los hospitales coloniales y una capacidad técnica para organizar cuidados de enfermería calificados centrados en la higiene del paciente, la limpieza del ambiente, el aislamiento de los pacientes infectocontagiosos para evitar la transmisión de enfermedades y una buena alimentación para la recuperación de la salud.

6.2 Limitaciones del estudio

La limitación principal de este estudio se dio en la dificultad que tuve para utilizar la metodología de la investigación histórica, dado la escasa literatura en relación a la metodología que puedan acompañar y guiar al investigador novel en esta difícil tarea de indagar en la historia. Lo que implicó largas horas de lectura intentando construir el camino metodológico que guiaría la investigación. Esto se vio totalmente potenciado por mi formación previa dominada por el paradigma positivista y por mi trayectoria metodológica anterior netamente cuantitativa.

Otro gran limitante fue la dificultad inicial para acceder a los archivos históricos dado que desde que descubrí la existencia del museo SJDD y pude estar revisando los archivos históricos para recolectar la información paso un año. Esto porque los archivos están en Granada lo que me obligó a viajar a Granada. Sin duda el acceso a los archivos fue una limitación por el gran tiempo invertido en lograr el acceso y luego por la distancia entre Alicante y Granada que implicaron una gran inversión económica y gran pérdida de tiempo en traslado dado que el acceso desde Alicante a Granada para una becaria es mínimo de 7 horas.

6.3 Proyecciones del estudio

La presente tesis corresponde al inicio de la línea de investigación histórica de enfermería en Chile. Se presenta como el primer eslabón en la cadena de investigaciones que se deben realizar en relación al periodo colonial y a la participación de la orden de SJDD y su influencia en la enfermería chilena.

Esta investigación corresponde a una pincelada dentro del quehacer de la orden en Chile, son muchas las preguntas que emergen en torno a su participación y son muchas las fuentes que quedan por descubrir, sobre todo ahora con la vuelta a mi país en donde me proyecto investigar directamente del puño y letra de los protagonistas cada detalle de los testimonios de su paso por Chile.

Pretendo promover el desarrollo de la investigación histórica de mi país para así colaborar en la construcción de la memoria colectiva de enfermería de mi universidad, de mi localidad, de mi región y de mi país, en la certeza de que es el camino más seguro para mejorar la autoestima profesional de enfermería y lograr el reconocimiento social que se merece.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES

No se encontró literatura publicada en relación a las formas de práctica e interpretación de enfermería que se desarrollaban durante la época colonial periodo en que en Chile formaba parte del imperio Español y que se inicia a principios del siglo XVII y se extiende hasta inicios del siglo XIX. De esta forma se confirma la hipótesis de partida nº1 *“Existe un gran vacío respecto a las formas de práctica e interpretación de enfermería que se desarrollaban en Chile durante la época colonial”*.

La tenaz oposición del pueblo Mapuche a ceder sus territorios, el terremoto de 1647 que desploma Santiago y las grandes inundaciones dificultaron la tarea de los españoles de fundar ciudades y establecer hospitales por lo que fue muy difícil instaurar la medicina hispánica en los territorios conquistados.

Los hospitales en Chile hasta inicios del siglo XVII fueron dirigidos por los cabildos, que demostraron mala administración y mala atención de enfermos. La miseria y abandono en que se encontraban bajo esta administración sumada a quejas de mala atención de enfermos, impulsa al gobernador de Chile Don Alonso de Ribera a solicitar al virrey del Perú le envié hermanos de la orden de San Juan de Dios para hacerse cargo de los hospitales de Santiago y Concepción.

El 9 de Enero de 1617 los hermanos Fray Gabriel Molina, Francisco Velazco, Francisco Gómez y Pedro Jijaba, bajo la dirección del primero, llegan a Concepción a hacerse cargo de la administración de los hospitales de Santiago y Concepción.

Confirmándose así la hipótesis de partida nº2 *“España influenció la enfermería chilena a través de la Orden hospitalaria de Los hermanos San Juan de Dios durante el periodo colonial”*.

Con la llegada de la orden en el año 1617, el hospital del Socorro pasa a llamarse hospital de San Juan de Dios, el de Concepción mantiene el nombre de la Misericordia.

La buena asistencia hospitalaria y de enfermería que mostraron los hermanos de SJDD en los hospitales de Santiago y Concepción permitió la expansión de la orden a las ciudades de Chillan, la Serena, San Juan de la frontera, Talca, Valdivia y Valparaíso.

Los hermanos de la orden de SJDD desarrollaron en los hospitales de Chile colonial cuidados religiosos que promovían la asistencia de enfermería como un acto de caridad con los pobres y de ayuda a sus semejantes como respuesta a un llamado interior. Siendo el sentido principal de sus cuidados hallar a Dios en el sufrimiento y en el dolor como expiación del pecado y como ofrecimiento divino.

Los cuidados proporcionados por los hermanos de SJDD incluían una gran preocupación por la higiene con normas bien establecidas de: ventilación del ambiente; aseo de pisos, murallas, pasillos y salas del hospital; higiene a las enfermas; aseo de utensilios de alimentación y cambio de ropa de cama. Todo debía ser hecho con estricto cuidado y precisión siguiendo unas reglas escritas de horario y ejecución.

La enfermería proporcionada por la orden de SJDD asignaba una gran importancia a la alimentación de los pacientes e incluía dentro de sus normas escritas las raciones que le debían dar a las enfermas con horarios y medidas específicas según la enfermedad. En la alimentación diaria de sus pacientes no podía faltar la gallina, los huevos, el arroz y el vino.

Los agentes sociales encargados de organizar y prestar los cuidados de salud al interior de los hospitales de Chile colonial fueron personal religioso constituido por la orden de San Juan de Dios y personal laico.

Los enfermeros españoles de la orden de San Juan de Dios administraron y proporcionaron cuidados religiosos de enfermería en los hospitales coloniales durante los siglos XVII, XVIII y principios del XIX (1812), prestando asistencia hospitalaria y de enfermería por más de 200 años en Chile colonial.

En Chile el poder civil estuvo siempre controlando la gestión del hospital a través de una junta de diputados que provenía de la Real Audiencia esto a pesar de que la orden estaba preparada y facultada para gestionar el funcionamiento de los hospitales de forma independiente. Eran muchos los intereses económicos que se habían destinado a la gestión y administración del hospital por lo que los ciudadanos estaban muy interesados en participar en su administración.

A su llegada a Chile los españoles se encontraron con la cultura Mapuche que se destacó por luchar tenazmente contra los españoles por más de trescientos años en la guerra de Arauco. Sobresalen entre sus victorias el desastre de Curalaba ocurrido el 23 de diciembre de 1598 y la sublevación de 1655 en que aniquilaron todos los establecimientos españoles desde el Biobío al sur de Chile.

La cultura mapuche entiende que es la naturaleza quien vincula a su gente con sus antepasados y su historia. Naturaleza que forma parte de su ser. A partir de esta visión se deben considerar los desequilibrios ambientales y sociales y abordar las enfermedades como desequilibrios del ecosistema humano.

Para los mapuches las enfermedades tienen causas naturales y sobrenaturales o mágicas.

La utilización del modelo estructural dialéctico de José Siles permitió realizar un análisis histórico de los cuidados de salud de la cultura Mapuche, clarificando de esta forma que su visión mágico-naturalista (elemento de acción) motivaba los

cuidados de salud . La machi (unidad funcional) era la encargada de curar las enfermedades o restablecer el equilibrio del ecosistema humano. Esto lo hacía al interior de la ruca o con toda la comunidad (marco funcional) en el machitún.

La utilización del modelo estructural dialéctico de José Siles permitió realizar un análisis histórico de los cuidados de salud de la cultura Española, clarificando de esta forma que su visión mágico-religiosa natural (elemento de acción) que veía bajo el dogma religioso a la enfermedad como permitida por lo divino en función del pecado y que motivaba los cuidados de salud religiosos. Los hermanos de la orden de SJDD (unidad funcional) era los encargados de proporcionar los cuidados religiosos que consideraban la oración como principal protector para curar las enfermedades al interior de los hospitales coloniales (marco funcional) en Chile colonial.

El análisis de la teoría y práctica de enfermería de SJDD a través de la noción de campo y de habitus de Bourdieu permite constatar que la enfermería practicada por los hermanos de la orden de San Juan de Dios en Chile en la época colonial ya se constituía como un campo organizado con estructuras bien definidas.

REFERENCIAS

Acosta Roberta. (2009). *Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva na década de 1980 em Florianópolis*.(Disertación doctoral).

Recuperada de la base de datos del sistema de bibliotecas de la universidad Federal de Santa Caterina, Brasil.PNFR 0654.

Ackerknecht (1985). *Medicina y antropología social: estudios varios*. Madrid.

GRAFOL.

Aguirre, J. (1997). *Bourdieu: Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Especulo.

6. Recuperado de 1 de agosto 2011, de

www.ucm.es/info/especulo/numero6/resena6.htm

Allende, I. (2006). *Ines del alma mia*. Barcelona. Plaza edición.

Anderson RJ. (2011). Florence Nightingale: the biostatistician. *Mol Interv.* 11(2), 63-71.

Arostegui, J. (2001). *La investigación histórica: teoría y método*. Barcelona. Critica.

Bakewell J (2011). Remembering Florence Nightingale. *British Journal Nursing.* 20 (11), 660.

Bardin, L. (2002). *Análisis de Contenido*. Madrid. Akal.

Barrientos, E. (. (1991). La hermana Margarita Maria Benson y la creación de la Escuela de Enfermería. *Horizonte de Enfermería* , 2 (1), 4-6.

Barrientos, E., & Perez, R. (1991). Cuarenta años de historia. *Horizonte de Enfermería.* 1 (1), 3-4.

- Betancourt, L. M. (2010). *Escuela de enfermería, 75 años formando profesionales para el cuidado de la comunidad*. Valparaiso. Universidad de Valparaiso.
- Billingsley M (2011). 2010 Visionary leader. *Nurs Manage*. 42(1), 23-25.
- Bourdieu, P. (1976). *Algunas propiedades de los campos*. Sociología y cultura México. Grijalbo. Recuperado 18 de agosto del 2011, de www.udgvirtual.udg.mx.
- Bourdieu, P. (1976). El campo científico. *Redes*. 2. Recuperado 2 agosto 2011, de <http://www.iec.unq.edu.ar/pdf/revista>
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido practico*. Madrid. Taurus.
- Bourdieu, P. (1987). *Los tres estados del capital cultural*. *Sociologica*, 2 (5), 11-17. Recuperado 2 agosto 2011 de <http://sociologiac.net/biblio/Bourdieu-LosTresEstadosdelCapitalCultural.pdf>
- Bourdieu, P. (1997). *Razones practicas. Sobre la teoria de la acción*. Barcelona. Anagrama, S.A.
- Bourdieu, Pierre (2003) La producción de la creencia. Contribución a una economía de los bienes simbólicos. Cap. 6. *En Creencia artística y bienes simbólicos*. Córdoba. Aurelia Rivera.
- Bolivar, A. (1985). Levi-strauss: la antropología estructural. En, *El estructuralismo: de Levi-Strauss a Derrida*. (47-63).Madrid. Cincel, S.A.
- Bradshaw A. (2011). Compassion: what history teaches us. 107(19-20), 12-14.
- BRITISH JOURNAL OF NURSING (2011) The evolution of nursing. *British Journal of Nursing*. 20(14), 483.

- Broekman, J. (1979). *El Estructuralismo*. Barcelona. Herder.
- Burke, P. (1993). *Formas de hacer historia*. Madrid. Alianza.
- Burke, P. (1996). *La revolución Historiográfica Francesa*. Barcelona. Gedisa, S.A.
- Campos, M. (2001). La investigación en la escuela de enfermería de la P.U.C. de Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de enfermería. Santiago, Chile.
- Campos, M. (1997). Situación de la investigación en enfermería Chile. *Horizonte de enfermería*, 8 (1), 4-11.
- Campos, M. (1994). Situación de la investigación en enfermería en Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de enfermería. Santiago, Chile.
- Canasa, N., Borenstein, M., Bruggeman, O. & Gregorio, V. (2011). El saber hacer de las parteras en la maternidad Carmela Dutra de Florianópolis-SC (1967-1994). *Revista Brasileira de Enfermagem [online]*. 64(3), 423-430. <http://dx.doi:10.1590/50034-71672011000300003>.
- Carbonell, B. (2011) La cultura mapuche y su estrategia para resistir estructuras de asimilación. *Gazeta de Antropología. Centro de documentacion Mapuche*. Recuperado en diciembre 2011 de, <http://www.mapuche.info/mapuint/carbonell0106.html>
- Carrasco, N. (1998). ¿cómo la gente previene enfermarse? Un acercamiento para comprender la forma en que la gente de una comunidad mapuche protege su salud. *Cultura, Hombre, Sociedad CUHSO*. 4(1), 44-48, recuperada en noviembre 2011 de

http://repositoriodigital.uct.cl:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/364/CUHSO_0716-1557_03_1998_1_art4.pdf?sequence=1

Carvajal, j., Vargas, M., & Toledo, M. (1992). La enfermería en el hospital clinico de la universidad Catolica de Chile. *Horizonte de enfermería* , 3 (1), 4-6.

Castledine G (2011). The creation of modern-day nursing. *Brithish Journal Nursing*. 20(11), 700.

Castledine G. (2011). Nursing history: ships and sweets. *Brithish Journal Nursing*. 20(10), 645.

Castro, B. (2011) Los inicios de la profesionalización de la enfermería en Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*. 29(2), 269-285.

Capitania general de la republica de Chile. (1790) *Cuaderno de cuentas del hospital de Valparaiso, 1790*. Volumen 964, pieza 17319. Extraido de los archivos historicos del Museo-archivo San Juan de Dios casa de “Los Pisa”. Granada. España.

Chamorro, E. (2011) Análisis de las portadas de la revista ¡Firmes!: Revista de las Sanitarias Españolas de Salus Infirmorum. *Temperamentvm[online]*. 13. Bajado el 29 noviembre 2011 de: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn13/t1302.php>

Cianelli, R., Urrutia, M., Poupin, L., Masalán,P., Villegas, N., Arratia, A. & Ferrer. X. (2009). Desarrollo de la investigación en enfermería: estudio diagnostico. *Investigación y educación en enfermería* , 27 (1), 112-117.

- Citarella L, Conejeros A, Espinoza B, Jelves I, Oyarce AM, Vidal A et al. *Medicinas y cultura en la Araucanía*. 2ª edición. Santiago. Chile. Editorial Sudamericana. 2000.
- Colegio de enfermeras de Chile. (1965). Escuela de enfermería "Isidora Lyon Causiño". *Revista de enfermería* (5), 6-8.
- Colegio de Enfermeras de Chile. Historia*. (2007). Recuperado el 2 de septiembre 2010, de <http://www.colegiodeenfermeras.cl/info.asp?ob=3&id=29>
- Colegio de enfermeras de Chile-b. (1965). Escuela de Enfermería del S.N.S. *Revista de Enfermería*, 5-9.
- Colliere, M. (1999). Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Revista rol de enfermería* , 22 (1), 27-31.
- Cruz- Coke, R. (1995). *Historia de la Medicina Chilena*. Santiago de Chile. Andres Bello.
- Cruz-Coke, R. Fundacion de los primeros hospitales 1544-1577 (capitulo 12). En *Historia de la Medicina Chilena* (p. 90). Santiago. Andres Bello.
- Cruz-Coke, R. (1995). La epoca del renacimiento y de la reforma. *Historia de la Medicina Chilena*. Santiago de Chile: Andres Bello.
- DeCS descriptores en ciencias de la salud (s.f.). Recuperado el 2 de junio de 2010 de: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>
- De Oliveira, V. (2004). *A interpretacao do cuidado de enfermagem a crianca em creches, pela otica de Pierre Bourdieu*.(Disertación doctoral). Recuperada de la

base de datos del sistema de bibliotecas de la universidad Federal de Santa Caterina, Brasil. PNFR 0458.

de Araújo, F. & Oguisso, T. (2011) Academia Brasileña de Historia de la Enfermería
ABRADHENF: consideraciones y reflexiones. *Cultura de los cuidados*. 15 (30),
19-27.

Diccionario de la Real Academia Española (2010) recuperado de
<http://buscon.rae.es/draeI/>

Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos . (2001-2010). *Memoria Chilena*.
Recuperada en junio y julio 2009, de
http://www.memoriachilena.cl/quienes_somos/presentacion.asp

Dillehay, T. (1990). *Araucanía, Presente y Pasado*. Santiago, Chile. Editorial Andrés Bello.

Donahue, M. P. (1993). *Historia de enfermería versión española* de "Nursing, the
Finest Art. An Illustrated History". St. Louis Missouri. Mosby company.

Ebensperger, G. J. (1972). Esquema para la investigación en enfermería. *Revista de
Enfermería* (31), 13-19.

Encina, F. (1948). *Historia de Chile. Desde la prehistoria hasta 1891*. Tomo III.
Capítulo V. Santiago, Chile. Nascimento

Encina, F. (1948). *Historia de Chile. Desde la prehistoria hasta 1891*. Tomo VI.
Capítulo XXII. Santiago, Chile. Nascimento

Eseverri, C. (2001). Juan de Dios y el regente de España. *Index*, (35)41-44.

- Eseverri, C. (1984). los hospitales hispanoamericanos del siglo XVII (189-192)
Historia de la Enfermería Española e Hispanoamericana. Barcelona. Salvat.
- Eseverri, C. (1984). *Historia de la Enfermería Española e Hispanoamericana*.
Barcelona. Salvat.
- Expósito, R. (2011) Barberos y Sangradores en Iberoamérica. *Cultura de los cuidados*.
XV (29), 31-46.
- Fernandez, G. & Siles, J. (2008). Antropología y cuidados en el enfoque de San Juan de
Dios. *Index de Enfermería* , 17 (2), 144-148.
- Flores-Guerrero, R. (2004). Salud enfermedad y muerte. Lecturas desde la antropología
social. *Revista Mad*. 10, recuperada noviembre 2011 de:
<http://www.revistamad.uchile.cl/10/paper03.pdf>
- Flores de Fernandez, R. (1965). *Historia de la enfermería chilena: Síntesis de síntesis
de su evolución educacional primera parte*. Santiago-Chile. Universidad de
Chile.
- Frank, C. M. (1981). *Desarrollo histórico de la enfermería*. Mexico, D.F. Lito-Arte.
- García, C. & Martínez, M. (2001) Historia de la enfermería. Madrid. Elsevier
- German, C., Chamizo, C., Hueso, N. & Subiron, A. (2011) El método biográfico y la
compilación de biografías e historias de vida de profesionales de la Enfermería
española. *Temperamentvm[online]*. 13. Recuperada en noviembre 2011 de:
<http://www.index-f.com/temperamentum/tn13/t1302.php>.
- Gill G. (2011). National School Nurse Day: reflections from a relative of Florence
Nightingale. *NASN Sch Nurse*. 26(3), 158, 159.

- Grypma S. (2011). (Re) searching for hidden treasure. *J. Christ Nurs.* 28(1), 8.
- Grebe, M., Pacheco, S. & Segura, J. (1972). Cosmovision Mapuche. *Cuadernos de la Realidad Nacional.* 14, 46-73.
- Guerra, M. & Peña, A. (2010). Manual de publicaciones de la American Psychological Association [traducción]. Mexico. El manual moderno.
- Hernandez. (1995). *Historia de la enfermería. Un analisis histórico de los cuidados de enfermería.* Madrid: Mcgraw-hill.
- Hernandez, G. (1960). La enfermería en Chile. Reseña Historica. *Revista de la asociacion mexicana de enfermería.*2(2), 58-59.
- Hitos importantes en la evolución de la investigación en enfermería.*(2011).
Recuperado el 16 junio 2011, de <http://www.achieen.cl/index.php/historia>
- Jara, P., Behn, V.,Ortiz, N. & Valenzuela, S. (2009). Case study: nursing in Chile. En *Nursing in the Americas: a critical view* (págs. 55-98). U.S.A. Baywood.
- Jerez K., I. (2006). *Discurso acto académico en conmemoración de los 100 años de creación de la escuela de enfermeras de la universidad de Chile.* Recuperado el 4 Abril 2010, de <http://www.achieen.cl/achieen/>
- Jerez K., I. (1986). *Desarrollo de la Enfermería Pediátrica en Chile.* Sociedad Chilena de Enfermería Pediátrica. Santiago de Chile.
- Jofre A., V., & Paravick K., T. (2007). Postgrado en Enfermería en Chile. Su evolución histórica y situación actual. *Index de Enfermería (edición digital)* (56), 50-54
Recuperado el 8-febrero 2010, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttex&pid=S1132-12962007000100011&Ing=es&nrm=iso.ISSN1132-1296

Keeling, A. (1995). *Position paper on history in curriculum: preparing nurses for the 21 st century*. American association for the history of nursing, inc . recuperado el 2 de junio 2011, de <http://www.aahn.org/position.html>

Krebs, D. (1971). Estudios avanzados en Enfermería. *Enfermería* , VI (28), 20-22.

Laval, E. (1949). Historia del hospital San Juan de Dios de Santiago. Asociacion chilena de asistencia social. Recuperado el 6 de septiembre 2009 de <http://www.memoriachilena.cl/historia/colonial.asp>

Laval, E.(1949). *Noticias sobre los medicos en Chile siglos XVI, XVII y XVIII*. Asociacion chilena de asistencia social. Recuperado el 6 de septiembre 2009 de <http://www.memoriachilena.cl/historia/colonial.asp>

Laval, E. (1960). Algunos aspectos del desarrollo historico de la obstetricia en Chile". *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, 1(2), 31-37.

Laval, E. (2000). Cincuentenario de la ultima epidemia de viruela en Chile. *Revista Chilena Infectologia* , 17 (4), 344-346.

Le Flem, J. (1992). Los aspectos economicos de la España Moderna. En *Historia de España* (pp. 222). Barcelona: Labor, S.A.

Le Goff, N. (1985). *Hacer la historia*. Barcelona. Laia, S.A.

Le Golf, J., Chartier, R., & Revel, J. (1988). *La nueva historia*. Bilbao. Grafo,S.A.

Lévi-Strauss. (1987). *Antropologia estructural*. Barcelona. Paidos.

- Machado, C., Barreira, I. & Martins, A.(2011) Primeras disertaciones del curso de maestría de la escuela de enfermería Anna Nery (1972-1975). *Esc. Anna Nery [online]*. 15(2) 331-338. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200016>.
- McAllister M; Williams LM; Hope J; Hallett C; Framp A; Doyle B; McLeod M (2011) . In my day II: Reflecting on the transformative potential of incorporating celebrations into the nursing curriculum. *Nurse Educ Pract*. 11(4), 245-249.
- Mardones, J. (1991). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales*. Barcelona. Anthropos.
- Martinez Gil, J. L. (2002). *San Juan de Dios. Fundador de la fraternidad hospitalaria*. Madrid: Biblioteca de autores cristianos.
- Marks S.(2011). Gender and caring in South Africa. Some lesson from history. *Adler Mus Bull*. 37(1), 3-14.
- Mattos, C. & Campos, M. (2011). Asociación brasileña de enfermería sección Sergipe: 52 años de voluntad perseverancia y corazón. *Revista Brasileira de enfermagem [online]*. 64(2), 339-402. [doi.org./101590/50034-71672011000200030](http://dx.doi.org/10.1590/50034-71672011000200030).
- McIntosh T. (2011). Using historical research to make sense of our past, our present and our future. *History in context and disseminating findings. Pract Midwife*. 14(2), 27-29.
- McIntosh T. (2011)-a. Using historical research to make sense of our past, our present and our future. *History in context and disseminating findings. Pract Midwife*. 14(7), 35-36.

- McIntosh T.(2011)-b.Using historical research to make sense of our past, our present and our future. *History in context and disseminating findings. Pract Midwife.* 14(4), 37-38.
- Mires, F. (1992). *El Discurso de la Indignidad*. Quito, Ecuador. Ediciones Abya- Yala.
- Moral de Calatrava, P. (2004). La enseñanza de la historia de enfermería en España. *Index de enfermeria version impresa* , 13 (47), 39-43.
- Morse, J. (2003). *Asuntos criticos en los metodos de investigacion cualitativa*. Medellin. Universidad de Antioquia.
- Molanes, P., Sáinz, A. & Herrera, F. (2011) Testimonio de José María de Puelles y Centeno como médico durante la III Guerra Carlista *Cultura de los cuidados.* XV (30), 28-34.
- Muñoz. (2005). Atlas-ti. Recuperado el 1 de 11 de 2011, de http://www.fcp.uncu.edu.ar/upload/Atlas5_manual.pdf
- Muñoz, C., & Isla X. & Alarcon, S. (1999). Evolucion histórica y desarrollo profesional de la enfermería en Chile. *Cultura de los cuidados, III* (5), 45-51.
- Museo Archivo San Juan de Dios, casa de los Pisa (2010). Recuperado el 2 de julio 2010, de <http://www.museosanjuandedios.es/index.php?seccion=museo>.
- Moulian, R. & González, Y. (2005). Maria Ester Grebe. Caminando con los Ngen. *Revista Austral de Ciencias Sociales* 9: 39-48. Recuperada en Diciembre 2011 de http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?pid=S0718-17952005000100004&script=sci_arttext

- Nadal, M., (2011) Debemos confiar en nuestra capacidad para cambiar las cosas.
Entrevista con la historiadora Angela Jackson. *Revista Rol de Enfermería*.
34(1), p. 66-68.
- Nahmías, R. (1992). En la universidad de la Serena resucitan escuela de enfermería.
Enfermería , 26 (96), 4-23.
- Neculhueque, C. (2005). La medicina Mapuche. Recuperado en diciembre 2011 de:
<http://base.d-p-h.info/es/fiches/dph/fiche-dph-6662.html>
- Nogales. (2003). Evolución Histórica del metodo enfermero. *Cultura de los cuidados*,
VII (13), 23-28.
- Nogales, A. (2006). Pensamiento enfermero e historia, necesidad de vertebracion
filosófica e histórica en enfermería. *Cultura de los cuidados*, X (20), 14-21.
- Nuñez, E. (2011). Comprensión de la enfermería desde la perspectiva de Florencia
Nightingale. *Ciencia y Enfermería*. 17(1), 11-18.
- Ñanculef, J. (2006). *Cosmovisión Mapuche*. Ponencia presentada en las II Jornadas de
Patrimonio Cultural de la Araucanía. Victoria. Chile
- Ortega L. (1992). Para la orden Hospitalaria de San Juan de Dios en Hispanoamerica y
Filipinas. Madrid. Ediciones graficas Ortega.
- Padilha, M., & Borenstein, M. (2006). Historia da enfermagem; ensino, pesquisa e
interdisciplinaridade. *Escola Anna Neri Revista de Enfermagem (online)*, 10 (3)
532-538

- Padilla, M., Borenstein, M., & Guedes, J. (2007). Investigacion Historica en la enfermeria: posibilidades y metodologia. *Temperamentum* (5) recuperado el 6 octubre 2009, de <http://www.index-f.com/temperamentum/5/t1207.php>
- Padilha MI. & Nelson S. (2011). Networks of identity: the potential of biographical studies for teaching nursing identity. *Nursing History Review*. 19,183-193.
- Paravic K., T. (2004). Postgrado Stricto Sensus del departamento de Enfermeria de la Universidad de Concepcion. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* , 12 (6), 946-953.
- Paravic, T., & Mendoza, S. (1996). Produccion cientifica en enfermería: tendencia y calidad de las comunicaciones del IV Coloquio Panamericano de Investigacion en Enfermeria Concepcion-Chile. *Ciencia y enfermería* , 2 (1), 51-60.
- Pava, A., Neves, E. (2011) A arte de ensinar enfermagem: uma historia de sucesso. *Rev. Bra. Enferm.* 64(1), p. 145-151.
- Perez. (2000). Modelos de investigacion cualitativa en educacion social y animacion sociocultural: aplicaciones practicas. [Version DX Reader] recuperado http://books.google.es/books?id=iiaMN5VQBnwC&printsec=frontcover&dq=Modelos+de+investigacion+cualitativa+en+educacion+social+y+animacion+sociocultural&hl=es&ei=SfK_To6vD4On8gP90MW7BA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDIQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
- Perez, J. (1900). Funda en la ciudad de santiago de Chile la religion hospitalaria de San Juan de Dios. In J. Perez, *Historia de Chile por Jose Perez Garcia.Tomo III* (pp. 151-152). Santiago: Imprenta ELSEVERIANA.

- Perez, J. (2007). Memoria y poder. La historia como empresa critica. Ponencia segundo curso de verano: la enseñanza de la historia. *Universidad de Zaragoza*.
- Peres, M. (2011). Fundación Internacional Florence Nightingale (FNIF). Esc. Anna Nery [online] <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100002>
- Planeta-Lunweg, E. (2001). *El siglo de oro. el sentimiento del Barroco*. Historia del arte español . Barcelona: España.
- Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Enfermería.(1991). Escuela de Enfermería Isidora Lyon Causiño: prospecto general de la universidad Católica de Chile 1954. *Horizonte de enfermería* , 1 (1), 5-9.
- Rivas, E. &. (2005). Estado de la investigación en enfermería IX región de la Araucanía Temuco, Chile 2002. *Investigación y educación en enfermería* , 23 (2), 82-93
- Rodríguez, A. (1984). LA NUEVA HISTORIA. Una introducción. Norba. *Revista de Historia* (5), 205-212.
- Rodríguez, C. & Saavedra, A. (2008) Cosmovisión mapuche y manifestaciones funerarias. Un viaje entre lo etéreo y lo material. *Revista Cultura y Religión*. 12 (3). Recuperada en noviembre 2011 de:
http://www.revistaculturayreligion.cl/articulos/vol_12_n3_2008_7_cristian_rodriiguez_y_andrea_saavedra.pdf
- Rolim, J. (2006) . *Revista brasileira de enfermagem e seu papel na consolidação profissional* (Disertación doctoral). Recuperada de la base de datos del sistema de bibliotecas de la universidad Federal de Santa Caterina, Brasil. PNF058.
- Ruiz, J. & Ispizua, M. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana: métodos de investigación cualitativa*. Bilbao. Universidad de Deusto.

- Santos, T., Barreira, I., Gomes, M., Baptista, S., Peres, M. & Almeida, A. (2011). A memoria, o controle das lembranças e pesquisa em história da enfermagem. *Escola Anna Nery*. 15 (2). Pag. 616-625
- Santos T., Barreira I., da Fonte, A. & de Oliveira A.(2011). Participação americana na formação de um modelo de enfermeira na sociedade brasileira na década de 1920. *Rev. Bra. Enferm.* 45(4), p.966-973.
- Santo-Tomas, M. (2004). Historia de la enfermería, parte I . (pp. 3-129). En *Enfermería Fundamental* . Barcelona. Masson.
- Sepulveda, J. (1990). enfermería e investigación comunitaria. *Enfermería -colegio de enfermeras* , 25 (94), 7-9.
- Siles, J., Solano, C. (2011) La historia cultural y la estética de los cuidados. *Revista Latinoamericana de Enfermería*. 19(5). P.1096-1105.
- Siles, J. (2010). Historia cultural de la enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. *Avances en enfermería* , XXVIII (numero especial), 120-128.
- Siles, J. (2004). La construcción social de la historia de la enfermería. *Index de enfermería (edición digital)* (47), 7-10.
- Siles, J. (1999). Los cuidados de enfermería en el Renacimiento. In J. Siles, *Historia de la enfermería* (pp. 179-186-187-189). Alicante: Aguaclara.
- Siles, J. (1996). Pasado, presente y futuro de la enfermería en España. Perspectiva histórica y epistemológica. *CECOVA. Alicante*.
- Siles, J. (2008). *Historia de la enfermería*. Alicante: Aguaclara.
- Siles, J. (2000). Antropología, historia y enfermería. *Cultura de los cuidados. IV* (7-8), 5-7.
- Siles, J. & Solano, C. (2007) Estructuras sociales, división sexual del trabajo y

- enfoques metodologicos. la estructura familiar y la funcion sociosanitaria de la mujer. *Invest.Educ. enferm[online]*. 25(1), 66-73.
- Silva, a., & padilha, m. &. (2002). Imagem e identidade profissional na construcao do conhecimento em enfermagem. *Revista latinoamericana de enfermagem*, doi.org/10.1590/S0104-11692002000400017
- Sociedad Chilena de Educacion en Enfermería- Ministerio de Salud Chile. (1987). *Estudio sobre las tendencias de investigación sobre la práctica de enfermería en países de America Latina (1983-1987): informe final Chile de enfermería*.
- Short C (2011). Mary Seacole: forgotten hero? *Scott Med J*. 56(2), 110-114.
- Texeira, V. & Cunha, Y. (2011). A pesquisa em história da enfermagem: revisao de publicaciones de 2000-2008. *Revista de Enfermería de Minas Gerais*. 15(3), 435-422.
- Topolsky, J. c. (1985). Metodologia de la historia. Madrid. Catedra.
- Ubieto, A. (1979) *Introduccion a la historia de España*. Barcelona. Teide
- Universidad de Alicante. (n.d.). *Biblioteca universidad de Alicante*. Recuperado el e 2008-2009-2010-2011, de <http://biblioteca.ua.es/es/conocer>
- Velandia, A. L. (1995). *Historia de la enfermeria en colombia* (p. 200). Bogota. Universidad nacional de Colombia.
- Ventosa, F. (2010). Conceptos y valores presentes en el pensamiento de San Juan de Dios constitutivos del modelo juandediano y su relación con el paradigma de la enfermería actual. *Reduca* (Enfermería, Fisioterapia y Podología). Serie Trabajos Fin de Master. 2 (1): 1314-1324. Recuperado en noviembre 2011 de: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/251>

- Ventosa, F. (1993). *Historia de la enfermería Española*. Madrid. Ciencia 3.
- Vicuña-Mackenna, B. (1877). *Los medicos de Antaño en el reino de Chile*. Santiago, Viña del Mar, Chile. Difusion S.A.
- Vilar, P. (1999). *Iniciacion al vocabulario de analisis historico*. Barcelona: Editorial Critica.
- Villa, J. (2006). La hermenéutica y el estudio cualitativo de la política. *Revista digital de critica*. Recuperado de internet 3 de Junio 2010 de http://www.critica.cl/html/ciencias_sociales/villa_giraldo_03.htm
- Villoro, L. (1980). El sentido de la historia. En *Historia ¿para que?* Mexico. Siglo XXI.
- Villalobos, S. (2000). *Chile y su Historia*. Santiago de Chile: Editorial universitaria.
- Wall BM. & Nelson S. (2011). Report from the Nursing History Section at the 2009 International Council of Nurses, Durban, South Africa. *Nursing History Review*. 19, p 156-157.
- Wood PJ. (2011). Understanding and evaluating historical sources in nursing history research. *Nurs Prax N Z*. 27(1), 25-33.
- Wood P; Arcus K (2011). Poverty, philanthropy, and professionalism. The establishment of district nursing service in Wellington, New Zealand.
- Walusinski O (2011). Marguerite Bottard (1822-1906), nurse under Jean-Martin Charcot, portrayed by G. Gilles de la Tourette. *Eur Neurol*. 65(5), 279-285.

Zuñiga, S. (2001). Algunos aspectos de las costumbres y reseña del cuidado del niño entre los antiguos araucanos. *Ars medica*. (4). Santiago de Chile. Pontificia Universidad Catolica de Chile.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO I

LA ENFERMERÍA CHILENA DURANTE LOS SIGLOS XVII, XVIII Y XIX FICHA N° 39

Nombre de la Fuente: TESTIMONIO DE LOS AUTOS
OBRADOS SOBRE LA ERECCION DEL HOSPITAL DE LA
CIUDAD DE SAN JUAN DE LA FRONTERA

Lugar de recolección: MUSEO SJDD-GRANADA

Nº paginas:

Fecha: 1762

Código de identificación: VOLUMEN 964

País: CHILE

Institución: CAPITANIA GENERAL

TEMA: HOSPITAL DE SAN JUAN DE LA FRONTERA

Tipo documento (escrito-imagen): ESCRITA

Material: HOJA VERDE, MECANOGRAFIADA, TAPA
DE CARTULINA

Otros: COPIADO DEL ARCHIVO NACIONAL

DOCUMENTOS INEDITOS POR FRAY FAUSTINO
CALVO

Directa: X		Indirecta:	
Testigo presencial del hecho:			
Protagonista:			
Documento que emana del acto: X		Periodo histórico: SIGLO XVIII	
Criterio Intencional:			
Testimonial (creada para transmitir la información): X			
No Testimonial (involuntaria):			
Observaciones: FOTOS F 37 .JPG; F 37i .JPG			
Elementos de acción:		Persona responsable:	Fecha: 9 FEBRERO 2011
		JULIA HUAQUIAN SILVA	

Criterio cualitativo			
1. culturales/filológica/verbal X			
Narrativa (crónica, reportaje, memoria): X			
No narrativa (no es relato):		Periodo histórico: CHILE COLONIAL	
2. materiales/arqueológica/No verbal:			
Pintura, Vasija, etc.			
Observaciones:			
Elementos de acción:		Persona responsable:	Fecha : 18 FEBRERO

Julia Huaiquián Silva

MOVIL
663577407

CORREO UA
jchs2@alu.ua.es

CORREO UDEC
jhuaiqui@udec.cl

Criterio cuantitativo		
1. seriada (compuesta por unidades o elementos homogéneos susceptibles de ser ordenados numéricamente)		
Tipo (por naturaleza seriadas o seriables)		
Nº de repeticiones:	Periodo histórico:	
2. No seriada:		
Escrita		
arqueológica		
Observaciones:		
Elementos de acción:	Persona responsable:	Fecha :
		17 MARZO



Universitat d'Alacant
 Universidad de Alicante

ANEXO II

Ciudad de Santiago, siglo XVII, XVIII y XIX

Tabla N°2

Distribución según nombre y N° de fichas documentales que dan cuenta de la presencia de la orden de SJDD en la ciudad de Santiago

NOMBRE DEL ARCHIVO	N° DE FICHA DOCUMENTAL
<i>Sobre licencia del padre fray Pedro Omepezoa</i>	FICHA N°7
<i>Jacinta flores con el padre prior de SJDD Fray pedro Omepezoa sobre la redivitaria de una esclava</i>	FICHA N°7A
<i>Sobre la adquisición de la chacra de Ñuñoa</i>	FICHAN°7B
<i>El convento de SJDD con don Ignacio Moreno</i>	FICHAN°7C
<i>El bachiller don Miguel Jordán de Ussino protomédico contra el hospital de SJDD sobre los salarios de medico y cirujano y cobranza del noveno y medio aplicado para dicho pago</i>	FICHAN°9
<i>El procurador general del convento y hospital real del señor SJDD de la ciudad de Santiago, contra el teniente don Francisco de Vargas Machuca, primero y capitán don Juan de Morales Negrete, después por cobro de pesos.</i>	FICHA N°10
<i>El procurador del hospital de SJDD, contra la estancia de Curacavi y sus poseedores, por los corridos de censos impuestos en ella, siendo dueño de la dicha estancia don Cristóbal Zapata del Águila. principiada esta causa en el año de 1718 y terminada en el año de 1726</i>	FICHA N° 11
<i>El padre procurador del convento y hospital real del señor SJDD, contra Simona y María de la Encarnación Lisperguer y Naranjo, cobro de pesos de los corridos de un censo impuestos sobre su casa de la calle de las matadas</i>	FICHA N° 12
<i>El muy reverendo padre maestro fray Domingo de Ulzurrun del orden de predicadores, contra Domingo y Juliana Escudero sobre juicio de dominio de una casa ejecutada por los padres del convento y hospital real del señor SJDD</i>	FICHA N°13

NOMBRE DEL ARCHIVO	N° DE FICHA DOCUMENTAL
<i>El padre fray Tadeo Zapata del orden de ermitaños de nuestro padre san Agustín, contra el padre prior del hospital de SJDD fray Tomas Fernández, sobre su nombramiento de capellán real de dicho hospital y cobro de sus honorarios</i>	FICHA N°15
<i>Razón de cuentas exigidas por el padre Zenzano al padre Juan B. Adames</i>	FICHA N°15A
<i>Sobre el nombramiento de prior del hospital a fray José de Mendoza.</i>	FICHA N°17
<i>Sobre el uso de las campanas</i>	FICHA N°17D
<i>Expediente formado a instancia del padre procurador del hospital real de SJDD, sobre que los ministros de real hacienda de esta le entreguen el tercio del sueldo asignado por su majestad. Se les despacho libramiento por \$ 2500 para el costo de camas para los dragones que vinieron de la Concepción</i>	FICHA N°17C
<i>don Manuel Sánchez con el convento de SJDD sobre ser pagado de \$700.6 reales del importe de la carne que ha suministrado para manutención de la comunidad y del hospital y otros acreedores por iguales solicitudes que pretenden ser cubiertos del tercio que percibe dicho convento en estas reales cajas</i>	FICHA N°17E
<i>expediente sobre el establecimiento de la Lotería a beneficio del hospital del señor SJDD</i>	FICHA N°17F
<i>pleito el procurador del hospital real del señor SJDD contra dona Petronila Ibarra por cobro de cien pesos, resto del valor de una esclava</i>	FICHA N°18
<i>causa que sigue don Francisco de Paula Godoy sobre nulidad de lo actuado de los autos afinados de concurso de acreedores contra la casa de don Juan Ramírez de Arellano, iniciado el 26 de junio de 1804</i>	FICHA N°18A
<i>el procurador general del hospital real del señor SJDD, fray Bartolomé Vargas Machuca con doña María Josefa Chacón y don Francisco Maso sobre inclusión de una calle que queda a la parte de atrás del hospital a fin de ensanchar las enfermerías, cuya calle también deslinda con las propiedades de los susodichos.</i>	FICHA N°19

NOMBRE DEL ARCHIVO	N° DE FICHA DOCUMENTAL
<i>Autos que sigue el padre fray Pedro Manuel Chaparro con el Dr. don José Antonio Ríos sobre oposición a la cátedra de medicina. relator Dr. Ureta procuradores Torivio de las Cuevas José Ignacio Lepe (cuaderno 1 y cuaderno 2)</i>	FICHA N°20
<i>Don José Zelaya con el convento de SJDD sobre saneamiento de unas tierras que le vendió el convento a sus antecesores en la provincia de Aconcagua</i>	FICHA N°21
<i>El procurador general del convento y hospital real de nuestro señor SJDD (Santiago) fray Ramón de Benavides contra Fulano Ramírez</i>	FICHA N°22
<i>Solicitud de cirujano interino en hospital SJDD don José Oller pidiendo aumento de sueldo</i>	FICHA N°22A
<i>El maestro pedro José Mendoza contra el hospital real del señor SJDD sobre cobranza de pesos de su servicio de barbero y sangrador</i>	FICHA N° 22B
<i>Expediente formado sobre la recepción del nuevo padre prior destinado para el convento hospital de SJDD de Santiago de Chile, fray José de Vera</i>	FICHA N°23
<i>El hospital de SJDD contra la estancia y finca de Coinco sobre los corridos del principal de censo de cuatrocientos pesos</i>	FICHA N°23A
<i>Expediente seguido a instancia del padre prior del hospital del señor SJDD sobre que se le anticipe el noveno y medio de los diezmos aplicado para la subsistencia de dicho convento y hospital</i>	FICHA N°23B
<i>El padre prior del hospital de SJDD sobre haber hecho fuga del convento el padre fray Gregorio Bustamante por no rendir las cuentas del tiempo que fue procurador</i>	FICHA N°23C
<i>Visita al hospital SJDD de Santiago, practicada por don José de Santiago Concha Jiménez Lobaton del consejo de su magestad, oidor y alcalde de corte de esta real audiencia y ministro protector del mismo hospital.</i>	FICHA N°24
<i>La visita del real hospital de SJDD (hecha en 1805)</i>	FICHA N°24A
<i>Cuaderno de la visita del hospital real de SJDD hecha en el año 1806</i>	FICHA N°24B

NOMBRE DEL ARCHIVO	Nº DE FICHA DOCUMENTAL
<i>Exposición de la visita practicada por el ministro protector del hospital real don José de Santiago Concha, pasada al señor presidente don Francisco Casimiro Marco del Pont, correspondientes a los años 1811-1815, inclusive</i>	FICHA Nº25
<i>Apuntes sacados del libro general de entradas y salidas del hospital real de SJDD Santiago de Chile (libro nº18)</i>	FICHA Nº25B
<i>Expediente seguido a instancia del padre del hospital de SJDD, sobre que se le contribuya íntegramente al noveno y medio sin embargo de lo mandado por real orden acerca de su repartición con el de San Borja</i>	FICHA Nº26
<i>Archivo de jesuitas : la comunidad del convento hospital real de SJDD de la ciudad de Santiago de Chile, suplica a su majestad se le mande a entregar integro el noveno y medio, con devolución de lo escalfado</i>	FICHA Nº26B
<i>Autos de la visita al hospital real de SJDD tomada por el maestro de campo don francisco Javier Errázuriz</i>	FICHA Nº31
<i>Autos sobre el remedio y arreglo del real hospital del señor SJDD de esta ciudad</i>	FICHA Nº31A
<i>Libro de las profesiones de los religiosos (1775-1818)</i>	FICHA Nº31B
<i>Cedulas reales recopiladas de distintos volúmenes en el museo histórico nacional de Santiago de Chile, que tratan sobre diversas materias</i>	FICHA Nº33B
<i>*Procuradores y administradores que ha tenido el hospital de nuestra señora de la ASUNCIÓN-SERENA y el de SJDD-STGO.</i>	FICHA Nº16
<i>Cartas cuentas presentadas por los reverendos padres priores del hospital real de SJDD, al ministro protector don José de Santiago Concha Jiménez Lobaton, de las entradas y gastos habidos en el hospital durante los años 1810 hasta 1816, inclusive</i>	FICHA Nº25A
<i>*Constituciones del Real hospital de San Francisco de Borja</i>	FICHA Nº17B

NOMBRE DEL ARCHIVO	Nº DE FICHA DOCUMENTAL
<i>*Autos entre el mayordomo del hospital Real de San Borja y el fundador del hospital real de Valparaíso sobre 500 pesos que demanda el primero según la razón de medicamentos que se proveyó al segundo</i>	FICHA N°26D

Fuente: Museo-archivo San Juan de Dios “casa de los Pisa”, Granada-España



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Ciudad de La Serena, siglo XVIII y XIX

Tabla N°3

Distribución por nombre y N° de ficha documental de Archivos histórico que dan cuenta de la presencia de la orden de SJDD en la ciudad de la Serena

NOMBRE DEL ARCHIVO	N° DE FICHA DOCUMENTAL
<i>Titulo el convento y hospital real de la ciudad de la Serena por cobro de pesos contra doña María Rosa de la Carrera viuda del general don Marcelino Rodríguez Guerrero.</i>	FICHA N°2
<i>Autos sobre la fundación del hospital de la Serena (cuaderno 1°)</i>	FICHA N°3
<i>Autos sobre la fundación del hospital de la Serena (cuaderno 2°)</i>	FICHA N°4
<i>Reedificación del hospital de la Serena, 1809</i>	FICHA 6 B
<i>La Serena Chile, informaciones</i>	FICHA N°5
<i>Fundación de hospital de la Serena 1716</i>	FICHA N°6
<i>Inoculación de la vacuna de fray José María Solís, hospital de la Serena, 1809</i>	FICHA N°6A
<i>Pleito sobre unas campanas entre el cabildo y el hospital SJDD de la ciudad de la serena</i>	FICHA N°14
<i>Procuradores y administradores que ha tenido el hospital de nuestra señora de la ASUNCIÓN-SERENA y el de SJDD-STGO</i>	FICHA N°16

Fuente: Museo-archivo San Juan de Dios “casa de los Pisa”, Granada-España

Ciudad de Valparaíso siglo XVIII y XIX

Tabla N°4

Distribución por nombre y N° de ficha documental de Archivos históricos que dan cuenta de la presencia de la orden de SJDD en el hospital de Valparaíso

NOMBRE DEL ARCHIVO	N° DE FICHA DOCUMENTAL
Autos sobre la fundación del hospital de SJDD de Valparaíso	FICHA N°8
Expediente del reverendo padre fray José Ruiz Zenzano del orden hospitalario del señor SJDD administrador fundador del hospital de Valparaíso sobre aplicación de alhajas para culto y adorno de la iglesia.	FICHA N°17A
Primer pliego de la cuenta de cargo del hospital real del puerto de Valpo. en el cual se puntualizan las cantidades que dicho hospital ha recibido de esta administración principal de temporalidades del reino de Chile que están a cargo del administrador interino don Pedro y Figuera desde el día 18 de mayo de este año	FICHA N°26D
Autos entre el mayordomo del hospital real de san Borja y el fundador del hospital real de Valpo. sobre 500 pesos que demanda el primero según la razón de medicamentos que se proveyó al segundo	*FICHA N°26D
Sobre las maderas para la construcción del hospital de Valparaíso y tinglado para depositarlas	FICHA N°27
Autos seguidos por el convento de predicadores sobre que se le paguen los réditos del PRAL (SIC) de 5720 pesos que se cargan sobre el hospital de Valpo. a favor de dicho convento. año de 1779	FICHA N°27A
Hospital de Valparaíso: expediente formado sobre el modo de desocupar las bodegas que fueron del convento de santo domingo en Valparaíso, para el hospital o enfermería que se	FICHA N°29

NOMBRE DEL ARCHIVO	Nº DE FICHA DOCUMENTAL
<i>intenta para la religión de san Juan de Dios</i>	
<i>Cuaderno de cuentas del hospital real del puerto de Valparaíso correspondiente al año 1790</i>	FICHA Nº29A
<i>trata sobre el estado ruinoso del hospital SJDD de Concepción y sobre enfermedad del reverendo padre prior del hospital de Valparaíso, fray José de Toro y sobre quien debe reemplazarlo</i>	* FICHA Nº29B
<i>Razón general</i>	FICHA Nº35B
<i>Cuentas del hospital del puerto de Valparaíso</i>	FICHA Nº35A
<i>Cuenta que tome al padre fray José Ruiz de Zenteno prior fundador de este hospital real de nuestra señora de la Encarnación y venerable siervo de Dios fray Francisco Camacho de la orden de SJDD y mande sacar esta copia para remitirla a los señores de la real junta de temporalidades.</i>	FICHA Nº30
<i>Copia del inventario de alhajas, muebles de iglesia, sacristía, enfermería, botica, celdas de religiosos y demás oficinas de este hospital de nuestra señora de la Encarnación y venerable siervo de Dios fray Francisco Camacho, orden de nuestro padre de SJDD de este puerto de Valparaíso.</i>	FICHA Nº30A
<i>Año 1788: expediente a solicitud del padre prior del hospital SJDD del puerto de Valparaíso para que se socorra al soldado de Valdivia Bernardino Paredes que se está curando en él y pague la hospitalidad de sus haberes</i>	FICHA Nº35

Fuente: Museo-archivo San Juan de Dios “casa de los Pisa”, Granada-España

Ciudad de Valdivia siglo XVIII

Tabla N°5

Distribución por nombre y N° de ficha documental de Archivos históricos que dan cuenta de la presencia de la orden de SJDD en el hospital de Valdivia

NOMBRE DEL ARCHIVO	N° DE FICHA DOCUMENTAL
<i>Representación que hace el padre fray Antonio de Cubillas, superior del hospital de la plaza de Valdivia, al supremo gobierno, solicitando aumento de salario</i>	<i>FICHA N°32a</i>
<i>Superintendencia general 1772 nombramiento de medico en la plaza de Valdivia en fray Pedro Manuel Chaparro por separación de fray Daniel Botello</i>	<i>FICHA N°32b</i>
<i>Recurso que hace don José Mariano Calderón, medico y cirujano de la Plaza de Valdivia, solicitando alguna gratificación en recompensa de sus trabajos, a causa de la guerra y de la epidemia de enfermedades que padeció la ciudad en el año próximo pasado.</i>	<i>FICHA N°32d</i>

Fuente: Museo-archivo San Juan de Dios “casa de los Pisa”, Granada-España

Ciudad de Concepción siglo XVII y XVIII

Tabla N°6

Distribución por nombre y N° de ficha documental de Archivos históricos que dan cuenta de la presencia de la orden de SJDD en el hospital de Concepción

NOMBRE DEL ARCHIVO	N° DE FICHA DOCUMENTAL
<i>Trata sobre el estado ruinoso del hospital SJDD de Concepción y sobre enfermedad del reverendo padre prior del hospital de Valparaíso, fray José de Toro y sobre quien debe reemplazarlo</i>	<i>* FICHA N°29B</i>
<i>Documentos varios sobre el maestro Alonso Elgueta y su asignación decreto de capellán mayor de la gente de guerra con la asignación que le corresponde y la continuación de su ministerio en la ciudad de Concepción.</i>	<i>FICHA N°29C</i>
<i>Hospital de Concepción año 1766; el prior del hospital de la ciudad de Concepción sobre unas tierras en la chacra de Coygueco</i>	<i>FICHA N°32</i>
<i>Relación histórica de la fundación del hospital y convento de la misericordia de la ciudad de Concepción del reino de Chile</i>	<i>FICHA N°36</i>

Fuente: Museo-archivo San Juan de Dios “casa de los Pisa”, Granada-España

Ciudad de Talca siglo XVIII

Tabla N°7

Distribución por nombre y N° de ficha documental de Archivos históricos que dan cuenta de la presencia de la orden de SJDD en el hospital de Talca

NOMBRE DEL ARCHIVO	N° DE FICHA DOCUMENTAL
<i>Don Juan Manuel de la Cruz ofrece fundar un hospital de su propio caudal en la ciudad de san Agustín de Talca</i>	<i>FICHA N°34</i>
<i>Constituciones año 1803</i>	<i>FICHA N°34A</i>
<i>Constituciones año 1801</i>	<i>FICHA N°34B</i>
<i>Constituciones año 1796</i>	<i>FICHA N°34C</i>

Fuente: Museo-archivo San Juan de Dios “casa de los Pisa”, Granada-España

Ciudad de San Juan de la Frontera siglo XVIII

Tabla N°8

Distribución por nombre y N° de ficha documental de Archivos históricos que dan cuenta de la presencia de la orden de SJDD en el hospital de San Juan de La Frontera

NOMBRE DEL ARCHIVO	N° DE FICHA DOCUMENTAL
<i>Testimonio de los autos obrados sobre la erección del hospital de la ciudad de San Juan de la frontera</i>	FICHA N°39
<i>El hospital de SJDD de la ciudad de San Juan de la Frontera, demandando el noveno y medio correspondiente al año de mil setecientos sesenta y cuatro</i>	FICHA N°39A

Fuente: Museo-archivo San Juan de Dios “casa de los Pisa”, Granada-España

Ciudad de Chillan siglo XVIII

Tabla N°9

Distribución por nombre y N° de ficha documental de Archivos históricos que dan cuenta de la presencia de la orden de SJDD en el hospital de Chillan

NOMBRE DEL ARCHIVO	N° DE FICHA DOCUMENTAL
Expediente sobre fundación del hospital de Chillan (incompleto) 1786	FICHA N°32C

Fuente: Museo-archivo San Juan de Dios “casa de los Pisa”, Granada-España



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

ANEXO III

Análisis de las fuentes de estudio

El primer análisis de las fuentes da cuenta de que estas proceden de diferentes instituciones las que se mencionan a continuación (tabla nº10), agrupando las fuentes según la institución colonial de procedencia.

Tabla N°10

Distribución porcentual de las fichas documentales según Institución colonial de procedencia de la fuente histórica

<i>INSTITUCIÓN COLONIAL</i>	<i>Nº DE FICHAS DOCUMENTALES</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Real Audiencia</i>	17	21,250%
<i>Capitanía general</i>	44	55%
<i>Hospital SJDD-Santiago</i>	10	12,5%
<i>Otros</i>	9	11,25%
<i>Total</i>	80	100%

Fuente: Museo-archivo San Juan de Dios “casa de los Pisa”, Granada-España

La Capitanía General de Chile era una entidad territorial ultramarina perteneciente al imperio español y regida por el Derecho indiano, abarco el extremo sudoccidental de America del Sur, también denominada Nueva Extremadura o Reino de Chile. Fué la máxima entidad territorial durante el periodo colonial chileno, su capital era la ciudad de Santiago de nueva Extremadura, actualmente Santiago de Chile.

La Real Audiencia era el representante directo de la monarquía hispana en las indias, fue el máximo tribunal real de justicia al mismo tiempo que ejercía funciones políticas y administrativas en el territorio de su jurisdicción. La creación de la primera audiencia en Chile (1567) estuvo ligada al interés de la corona en regular la guerra de Arauco y de hacer cumplir las disposiciones de protección al indígena (DIBAN, 2011).

Una segunda lectura develo que las fuentes daban cuenta de diferentes hospitales de la orden localizados en distintas ciudades de Chile colonial. a continuación (tabla nº11) se distribuyen las fichas documentales según la ciudad colonial a la que hacían mención.

Tabla N°11

Distribución porcentual de las fichas documentales según

Ciudad colonial del hospital SJDD al que alude la fuente histórica

CIUDAD COLONIAL DEL HOSPITAL SJDD	Nº DE FICHAS DOCUMENTALES	PORCENTAJE
<i>La Serena</i>	9	11,25%
<i>Santiago</i>	44	55%
<i>Valparaíso</i>	14	17,5%
<i>San Juan de la Frontera</i>	2	2,5%
<i>Talca</i>	3	3,75%
<i>Chillan</i>	1	1,25%
<i>Concepción</i>	4	5%
<i>Valdivia</i>	3	3,75%
<i>Total</i>	80	100%

Fuente: Museo-archivo San Juan de Dios “casa de los Pisa”, Granada-España

Continuando con el análisis se observa que las fichas documentales se pueden agrupar según la fecha de datación que tiene la fuente histórica. La distribución de las fichas documentales según fecha se describe a continuación (tabla nº12)

Tabla N°12

Distribución porcentual de las fichas documentales según el siglo Colonial de datación de la fuente histórica

SIGLO DE DATACIÓN DE LA FUENTE	Nº DE FICHAS	PORCENTAJE
<i>Siglo XVII (1617-1699)</i>	2	2,5%
<i>Siglo XVIII (1700-1799)</i>	64	80%
<i>Siglo XIX(1800-1812)</i>	14	17,5%
<i>Total</i>	80	100%

Fuente: Museo-archivo San Juan de Dios “casa de los Pisa”, Granada-España

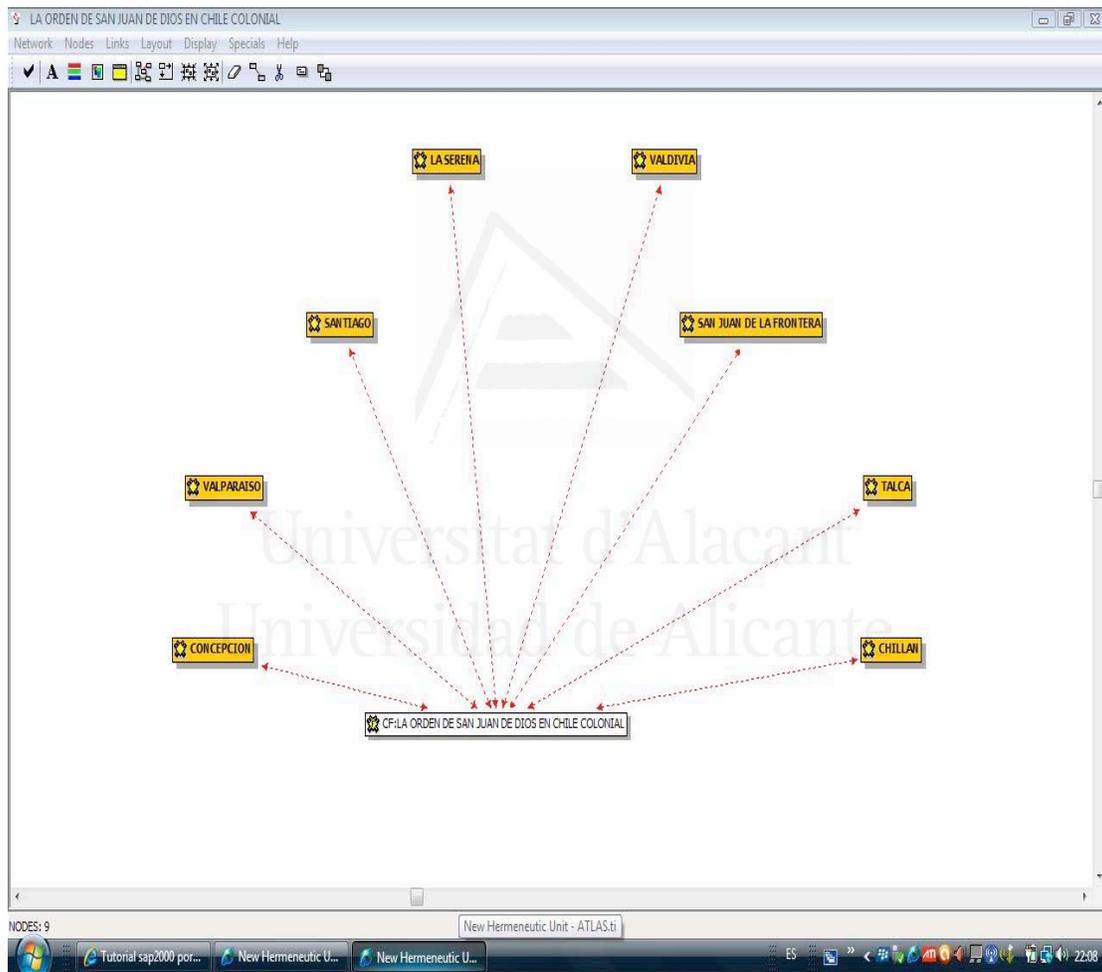
ANEXO IV

ANÁLISIS DE LA ENFERMERIA DE SJDD EN CHILE COLONIAL

Familia presencia de la orden en chile colonial

Figura N°5

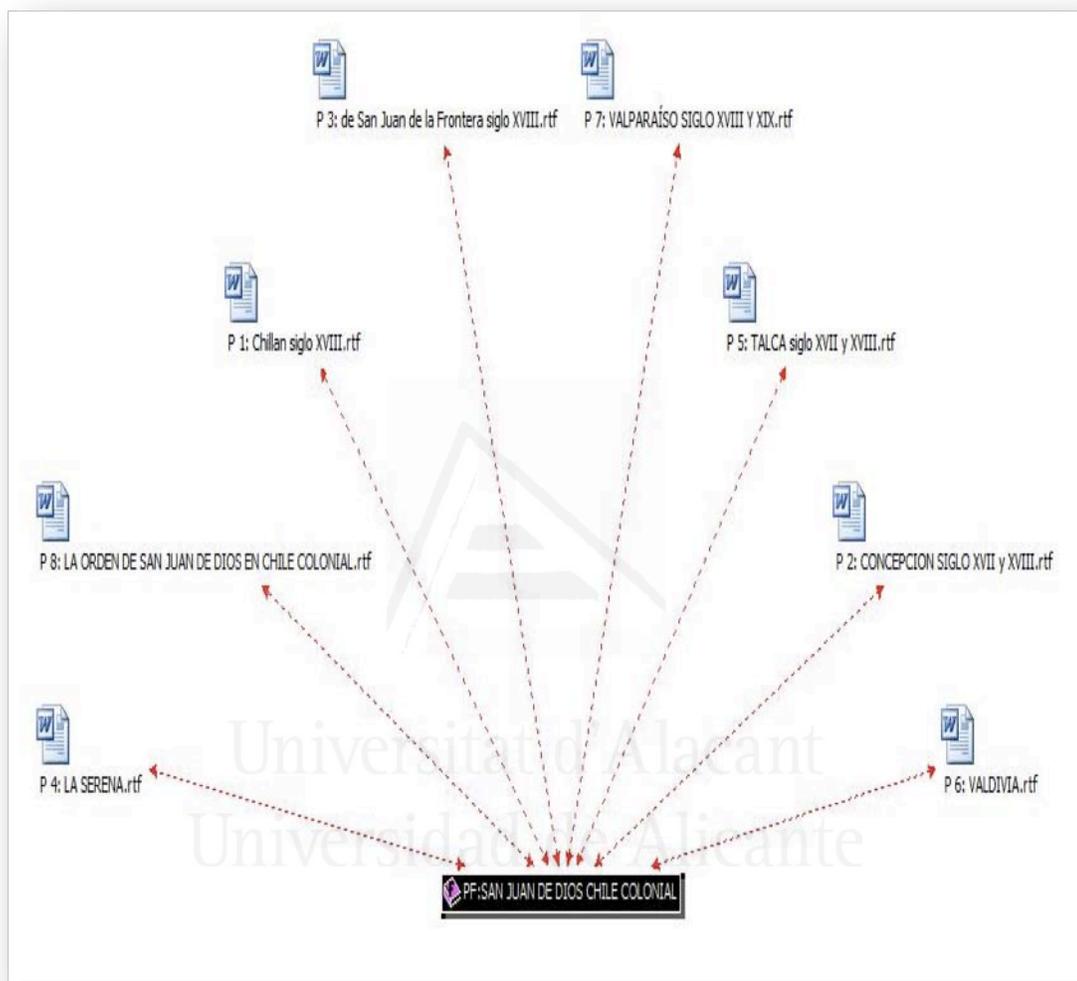
Presencia de la orden en Chile colonial



Fuente: tesis de doctorado la enfermería en Chile colonial

Figura N°6

Presencia de la orden en Chile colonial



Fuente: tesis de doctorado la enfermería en Chile colonial

Unidad hermenéutica Santiago colonial

Figura N°7

Vista de unidad hermenéutica Santiago colonial

The screenshot displays the ATLAS.ti software interface. The main window shows a list of documents (FDs) related to the Santiago colonial hermenéutic unit. The documents are numbered 01 through 16. The text of the documents is as follows:

- 01 *FD24- Visita al hospital SJDD de Santiago, practicada por don José de Santiago Concha Jiménez Lobaton del consejo de su magestad, oidor y alcalde de corte de esta real audiencia y ministro protector del mismo hospital.*
- 02 *FD17b-*Constituciones del Real hospital de San Francisco de Borja*
- 03 *FD17-Sobre el nombramiento de Prior del hospital a fray José de Mendoza*
- 04 *FD17B-Constituciones del Real hospital San Francisco de Borja*
- 05 *FD26b-1788, es el caso Exmo. Señor que habiéndosele aplicado al referido, el noveno y medio de diezmos correspondiente a su magestad para en parte de su fomento ...*
- 06 *FDA-1647, el terremoto del 13 de Mayo de 1647...El hospital SJDD tenia su enfermeria sana porque quedo anti del terremoto, habiéndose caido y arruinado la Iglesia y demás oficinas del dicho hospital sin reservar cosa...*
- 07 *FD12-1762, el padre procurador del convento y hospital real del señor SJDD, contra Simona y Maria de la Encarnación Lizperguer y Naranjo, cobro de pesos de los corridos de un censo impuestos sobre su casa de la calle...*
- 08 *FD26-1787, expediente seguido a instancia del padre del hospital SJDD sobre que se le contribuya integramente al noveno y medio sin embargo de lo mandado por Real orden acerca de su repartición*
- 09 *FD26b-1788, carta de la comunidad de SJDD a la ciudad de Santiago habla de la miseria del hospital.*
- 10 *FD17f-1797 Expediente sobre el establecimiento de la Loteria a beneficio del HSJDD*
- 11 *FD23D-1812, "¿Qué arbitrio se podrá abrir en un piélag de miseria como este? ¿qué cosa se podrá quitar al hospital que no se resienta la naturaleza exdoliénte y que no lo exponga a su consumición*
- 12
- 13 *FD31B-Libro de las profesiones de los religiosos*
- 14 *FD17-Sobre el nombramiento de Prior del hospital a fray José de Mendoza*
- 15 *FD17B-Constituciones del Real hospital San Francisco de Borja*
- 16

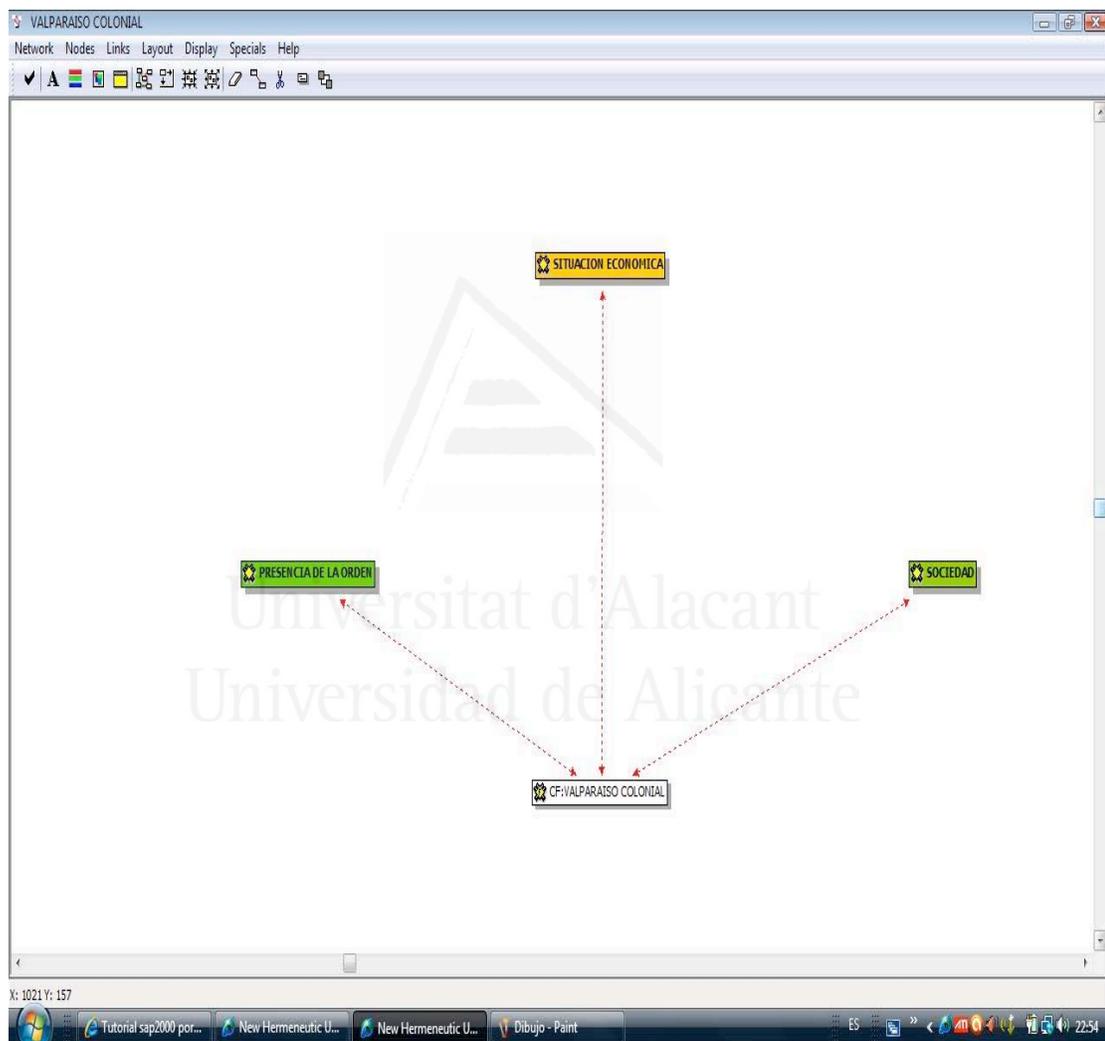
The interface also shows a sidebar on the right with document icons and labels (e.g., Pre., PRE., E-f., E-a., Er., SAN., DES.). The bottom status bar indicates the system time as 15:41:41 and the window title as 'santiago-julin - ATLAS.ti'.

Fuente: tesis de doctorado la enfermería en Chile colonial

Familia unidades temáticas de la orden en Valparaíso colonial

Figura N°8

Familia unidades temáticas Valparaíso colonial



Fuente: tesis de doctorado la enfermería en Chile colonial

