



e-l@tina

Revista electrónica de estudios latinoamericanos

e-l@tina es una publicación del
Grupo de Estudios de Sociología Histórica de América Latina ([GESHAL](#))
con sede en el
Instituto de Estudios de América Latina y el Caribe ([IEALC](#))
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires

Caridad, beneficencia y asistencia social: del trabajo voluntario al trabajo remunerado en el campo de la intervención social en Chile

Daniel Leyton y Cristóbal Montt

Daniel Leyton. Sociólogo. Universidad Alberto Hurtado. Investigador Observatorio Social Universidad Alberto Hurtado e investigador adjunto Centro de Estudios de la Mujer (CEM). Correo electrónico: dleyton@osuah.cl o daten23@gmail.com

Cristóbal Montt. Licenciado en Sociología. Universidad Alberto Hurtado. Investigador adjunto Centro de Estudios de la Mujer (CEM).

Recibido con pedido de publicación: 2 de febrero de 2008

Aceptado para publicación: 20 de marzo de 2008

Resumen

Caridad, beneficencia y asistencia social: del trabajo voluntario al trabajo remunerado en el campo de la intervención social en Chile

La trayectoria del campo de la intervención social en Chile puede caracterizarse a través de tres etapas conceptualizadas como: caridad, beneficencia y asistencia social, cada una caracterizada por la participación de diferentes agentes y por sus propias lógicas de funcionamiento. En este artículo, se plantea que en el paso de la caridad a la asistencia social se observan dos formas de concebir la práctica de la intervención social caracterizadas por la oposición entre trabajo voluntario y trabajo remunerado representado por dos agentes diferentes; las mujeres de clase alta y las mujeres de clase media respectivamente.

Palabras clave: caridad; beneficencia; asistencia social.

Summary

Charity, beneficence and social assistance: from voluntary work to paid work in the field of social intervention in Chile

The development in the field of social intervention in Chile can be characterized through three stages conceptualized as: charity, beneficence and welfare, each marked by the participation of different actors and their own logical operation. In this article, the thesis propose by the authors is, that in the transition between charity and welfare it can be seen two ways of conceiving the practice of social intervention characterized by the opposition between voluntary work and paid work, represented by two different actors, the first one represented by women of upper class and the second, by women of middle class.

Keywords: charity; beneficence; welfare.

Introducción¹

La trayectoria del campo de la intervención social en Chile puede caracterizarse a través de tres etapas conceptualizadas como: caridad, beneficencia y asistencia social, cada una caracterizada por la participación de diferentes agentes y por sus propias lógicas de funcionamiento. A partir de esto, este artículo da cuenta, en primer lugar, de los cambios ocurridos en las lógicas de funcionamiento del campo de la intervención social, desde fines del siglo XIX hasta la puesta en marcha del Estado de Compromiso en Chile en 1938, y su relación con la Iglesia Católica, los médicos y el feminismo católico en la construcción de la mujer de elite como sujeto de trabajo voluntario. En segundo lugar, se desarrolla un análisis de las diferentes organizaciones y prácticas de intervención que formaron parte del espacio de trabajo voluntario femenino. Finalmente se da cuenta de las luchas y estrategias de legitimación que dieron paso al proceso de configuración del trabajo remunerado en la asistencia social como la forma dominante de intervención.

En este artículo se plantea que en el paso de la caridad a la asistencia social se observan dos formas de concebir la práctica de la intervención social caracterizadas por la oposición entre trabajo voluntario y trabajo remunerado representado por dos agentes diferentes; las mujeres de clase alta y las mujeres de clase media respectivamente.

El surgimiento del trabajo voluntario femenino en Chile a finales del siglo XIX, se presenta como una de las estrategias para enfrentar la emergencia de la cuestión social.² Esta respuesta dio origen a una nueva conformación del campo de la intervención social, antes monopolizada por sacerdotes y monjas de la Iglesia Católica, donde la elite se limitaba a cumplir un rol filantrópico expresado en donaciones de dinero o bienes materiales, por lo que fue conceptualizada como una forma de intervención distinguida como “Caridad”.

La nueva configuración de este campo se caracterizó por la paulatina irrupción de los médicos como nuevos agentes que trajeron consigo el uso de los “principios científicos” como la herramienta para enfrentar los problemas sociales. Por otro lado, las mujeres de la elite influenciadas por la Iglesia Católica; el discurso médico y el feminista católico, comienzan a tener un rol más activo y sistemático, articulándose en diversas organizaciones de beneficencia, orientadas a diferentes ámbitos de los problemas sociales, principalmente a la vivienda, cuidado de la infancia, asistencia médica, alimentación, mejora de las condiciones laborales de mujeres obreras, capacitación orientada al mercado laboral, entre otros. En este sentido, la forma dominante de intervención en Chile desde principios del siglo hasta 1925, es definida como “Beneficencia”, caracterizada por la coexistencia de los principios tradicionales de la intervención (Caridad) con los principios científicos que comienzan a regir estas prácticas.

Este conjunto de prácticas de intervención realizadas por las “señoras de la alta sociedad” se distinguían por su carácter gratuito, configurando una nueva forma de realizar la intervención social la cual conceptualizamos para fines de este artículo, como “trabajo voluntario”. La cual entendemos como una actividad no remunerada realizada dentro de una organización orientada a crear

¹ La creación de este artículo se contextualiza dentro del proyecto de investigación “Trabajo y empleo femenino en Chile 1880-2000. Su aporte al desarrollo del país desde la economía doméstica, el trabajo voluntario y el trabajo remunerado. Estudio que es parte del Proyecto de investigación Fondecyt número 1060057, realizado por el “Centro de Estudios de la Mujer”.

² Entendida como: “consecuencias sociales, laborales e ideológicas de la industrialización y urbanización nacientes: una nueva forma de trabajo dependiente del sistema de salarios, la aparición de problemas cada vez más complejos pertinentes a vivienda obrera, atención médica y salubridad; la constitución de organizaciones destinadas a defender los intereses de la nueva “clases trabajadora”; huelgas y demostraciones callejeras, tal vez choques armados entre los trabajadores y la policía o los militares, y cierta popularidad de las ideas extremistas, con una consiguiente influencia sobre los dirigentes de los trabajadores (Morris en Grez, Sergio 1997: 9).

potenciales valores de uso en otros grupos sociales, percibidos por las/los agentes del voluntariado como carentes.³ En este sentido, la forma dominante de intervención es definida como “Beneficencia”, caracterizada por la coexistencia de los principios tradicionales de la intervención (Caridad) con los principios científicos que comienzan a regir estas prácticas.

A partir de fines de la década de 1920 comienza a surgir una institucionalidad educacional dirigida a formar nuevos agentes del campo de la intervención; las visitadoras sociales, posibilitando un nuevo espacio de trabajo femenino en el mercado laboral, lo que dio paso a la legitimación del trabajo de intervención como una actividad remunerada, a la cual confluyó un agente femenino distinto a las mujeres de la alta sociedad; la mujer de clase media. Esta nueva forma que comienza a ser dominante desde 1938 con la llegada del Estado Asistencial, se conceptualiza como “Asistencia social”.

Para la realización de este escrito nos basamos en la búsqueda de archivos como memorias, cuentas públicas, actas de congresos, y revisión bibliográfica secundaria a partir de los cuales se registraron 44 organizaciones que realizaban entre 1880 y 1938 prácticas de trabajo voluntario clasificadas de acuerdo a los siguientes criterios: destinatarios de la acción, carácter de la acción y tipos de prácticas de intervención.

La forma tradicional de la intervención social y el rol de sus agentes: la caridad

La forma tradicional de intervención social coincidió a partir de 1880 con la existencia del Estado Oligárquico, el cual se caracterizó por el monopolio de los grupos de la elite chilena del funcionamiento del Estado en función de sus propios intereses, negando a través de una lógica excluyente al resto de la población del país. Dichos intereses eran salir de la ruina económica que enfrentaban desde mediados del siglo XIX; y a partir de esto, legitimarse ante los inversionistas extranjeros para lo cual se hacia necesario el mantenimiento del orden a través del sometimiento del pueblo.⁴ De esta manera, se limitaron a vigilar, profitar y controlar sus interés y a las masas excluidas (Fernández, 2003: 27).

A falta de existencia de un proyecto político que tuviera como objeto a todos los sectores de la nación, se dio una fuerte relación entre el dinero y la política, de esta forma, los asuntos sobre los cuales primordialmente versaban las sesiones del congreso era sobre aquellos que tocaban el campo económico, y que por tanto, afectaban a los distintos sectores de la economía nacional y, por ende, a los miembros del Congreso (Góngora, 1981: 33).

Se hace evidente entonces, que los sectores desposeídos del Chile de fin de siglo no eran relevantes para la clase dirigente.⁵ En consecuencia, la elite dedicada al consumo conspicuo en un

³ Aplicamos el concepto de carentes y no pobres, puesto que dicho concepto hace alusión a un rango más amplio de “falta o privación de algo” que trasciende su referencia a las condiciones materiales de los sujetos.

⁴ Para Alberto Edwards fue una época de “una política veneciana, con sus suaves luchas de salón entre magnates del mismo rango, no divididos ni por las ideas ni por intereses, y amigos o parientes en sociedad, diletantes en política, que distraían los ocios de la opulencia en el juego de los Partidos y crisis ministeriales” (Edwards en Góngora 1981: 29).

⁵ El pueblo recién comenzó un proceso de entrada en las discusiones del Congreso a través de las consecuencias que sus condiciones de vida tenían para la oligarquía: “Sabe también la Cámara que con frecuencia se desarrollan epidemias que diezman nuestra población, llevándose miles de brazos de valor inestimable para el progreso y la riqueza del país” (Boletín del Congreso, Diputados 1888, agosto 17, p.443. Diputado por Valparaíso Juan E. Mackenna, Pdte. De la Junta de Beneficencia. En Illanes, 1993: 28). La disminución de la población tenía consecuencias económicas para los hacendados, los fabricantes y los salitreros. La población nunca aumentó lo suficientemente rápido para satisfacer la demanda de mano de obra. Estos se quejaban de que habían muy pocos hombres dispuestos a trabajar en sus negocios y muy pocas mujeres dispuestas a ser sirvientas (Collier, 1998: 157).

afán de emular a su homóloga francesa, dejaba en manos de la caridad privada⁶ la intervención sobre los sujetos vistos como carentes; actividad bajo el monopolio de la Iglesia Católica. Ahora bien, dicho tipo de intervención era bastante precaria, los hospitales eran más bien sinónimo de muerte que de saneamiento, de temor más que de alivio.⁷

Además de las pobres condiciones de atención de los desvalidos, debido en gran parte al abandono del Estado, tanto en términos de una efectiva supervisión como ayuda material, el ejercicio de la intervención social estaba caracterizado por un fuerte carácter moral.

Desde la época colonial hasta fines del siglo XIX, no bastaba con vivir en malas condiciones materiales de existencia, sino que los pobres se debían ganar el derecho a ser observados como personas legítimas de ayudar. Para ello, debían sobreponerse a los efectos sociales de sus condiciones materiales, y estar a la altura de la coerción moral que exigía la Iglesia Católica y sus agentes. En este sentido, la intervención social se caracterizaba por operar de acuerdo a una lógica excluyente, lo que posiblemente le permitía no ser sobrepasada por el aumento de la complejidad social en relación con las miles de personas que vivían en condiciones de vida que apenas les permitían reproducirse a sí mismos.

Esta forma excluyente de funcionamiento se evidencia en los siguientes dichos del Obispo Pedro Felipe de Azúa de Iturgoyen en 1745. “En los hospitales, no es solo la salud corporal la que procura, sino principalmente la del alma; por lo que manda este Sínodo a los enfermos y diputados de éste, no admitan enfermo a curar, sin que lleve cedula reciente, de que sacerdote conocido lo ha confesado, o que se confiese con el capellán del hospital”⁸ (Ivovich y Torres, 1933: 99). De esta misma forma, organizaciones de caridad de fines del siglo XIX y principios del siglo XX como el asilo de Santa Mónica, tendían su ayuda exclusivamente a sujetos considerados como “decentes”: “Como el asilo no es reformatorio, sólo son admitidas señoras de antecedentes honorables” (De Elgueta, 1928: 556).

La intervención social ejercida por la Iglesia Católica fungía como un mecanismo de disciplinamiento, mantención y cooptación de fieles católicos, lo que implicaba un aumento en las posibilidades de mantención y reproducción de la hegemonía católica, dominante en la sociedad chilena de aquel tiempo.

Ahora bien, que la caridad se encontrara bajo el monopolio de la Iglesia Católica no debiese ser una sorpresa, puesto que, esta era precondition del ser católico, es decir, una forma de distinguirse de aquellos que no lo eran.

Pero cuando se ha atendido suficientemente a la necesidad y al decoro, es un deber socorrer a los indigentes con lo que sobra. «Lo que sobra, dadlo de limosna». No son éstos, sin embargo, deberes de justicia, salvo en los casos de necesidad extrema, sino de caridad cristiana, la cual, ciertamente, no hay derecho de exigirla por la ley” (Encíclica *Rerum Novarum*, 1891: 6).

⁶ En esta época no existía una gran diferencia entre la caridad privada y pública, ya que, en esta última también estaba compuesta por organizaciones de carácter privado, pero que, a diferencia de las primeras, formaban parte de la Junta de Beneficencia fundada en 1832 por el Ministro del Interior Ramón Errázuriz.

⁷ En 1823, un informe de un mayordomo del Hospital San Juan de Dios enviado al Gobierno, acusaba a los hermanos de la congregación del mismo nombre, que estos no prestaban atención a los enfermos, llegando al punto de describir al hospital de caridad como una casa del horror y un cuadro del infierno, donde acusar sed se convertía en un suplicio dado que se saciaba con el agua proveniente de “la inmundada acequia de la Cañada”, para luego ser abandonados durante la noche. (De Ramón, 1992: 104).

⁸ Extracto del acta del primer Sínodo Diocesano en 1745.

La cita anterior da cuenta de que la caridad cristiana debía ser vista como una gracia, un acto de buena voluntad del cristiano para despojarse de algo que además le sobra, es decir, que su pérdida no le causa malestar. En este sentido, la práctica de la intervención perdía estabilidad, puesto que se realizaba si se cumplían dos condiciones; que a un sujeto le sobrase lo suficiente como para dar, y que a ese mismo sujeto le naciese el sentimiento caritativo “(...) ese sentimiento delicado que induce a dar sin que el que recibe tenga derecho de exigir” (*Revista de Beneficencia Pública*, 1917: 2). Restándole así sistematicidad a la práctica de la intervención social, la cual tendría que esperar al cambio de paradigma en cuanto al rol del Estado, para que la intervención pasase de ser una gracia a un derecho garantizado por ley.

En dicho contexto, no se puede hablar de la constitución de un campo de la intervención social con bases sólidas para el aseguramiento de su existencia, en concordancia, tampoco se podría hablar del trabajo voluntario como una formación específica de intervención social, dado que las “donaciones” caritativas de la elite no cumplían con el requisito de ser prácticas sistemáticas orientadas a producir un valor que podía ser utilizado por un tercero. No obstante, fueron el principal agente que permitió la acumulación de capital económico por parte de las organizaciones eclesíásticas y de caridad durante el siglo XIX (Salazar y Pinto, 2002; Maza, 1995).

Médicos, feminismo católico y nueva estrategia de la iglesia católica. Génesis de la “beneficencia” como espacio de trabajo voluntario femenino

A finales de la década de 1910 se hacía evidente que la organización del campo de la intervención social, como existía hasta entonces, había sido sobrepasado por los problemas sociales que enfrentaba la sociedad chilena. Los más urgentes eran aquellos relacionados a la salud, la cual tenía como causal consensuada al conventillo.

En este periodo comienza a tomar visibilidad un nuevo agente en el campo de la intervención social; los médicos. Estos venían buscando su espacio de acción y, por tanto, razón de ser desde mediados del siglo XIX⁹, época durante la cual habían sido alejados de los centros de decisión y dirección en torno al campo de la intervención. Esto era evidentemente observado de forma negativa por la intelectualidad médica:

El régimen del siglo XIX –ha escrito una eminente personalidad de este país –que atribuía una autoridad excesiva a todas luces a los administradores, había manifestado los inconvenientes de toda autocracia y colocaba al personal médico en una situación moral deprimida e inconveniente. (Ivovich y Torres, 1933: 104)

Dicha situación de subordinación con respecto de los hombres de la elite, administradores de la caridad privada, comenzó a verse superada con el creciente número de egresados médicos, así como, por la influencia de las ideas higienistas.¹⁰ Con lo cual, estos agentes buscaron adquirir mayor protagonismo comenzando a disputar con la caridad su objeto de intervención. “Solo los médicos,

⁹ En 1833 Diego Portales fundó la primera Escuela de Medicina de Chile, donde sus alumnos recibían clases en las insalubres dependencias del Hospital San Juan de Dios, antecedente de la condición precaria en la que se encontraba el ejercicio y prestigio de la medicina durante a lo largo del siglo XIX. Situación que se buscaba revertir desde 1869, con la fundación de la “Sociedad Médica”, “cuya revista se convirtió en fuente de autoridad para la difusión de los criterios médicos y científicos en temas sociales” (Durán, 2006: 41).

¹⁰ Una corriente de pensamiento que ponía el énfasis en condiciones ambientales y sociales como fuentes principales del desarrollo de epidemias y enfermedades degenerativas que afectaban principalmente a grupos de alto riesgo, los cuales que tenían en común el estar sometidos a condiciones de hacinamiento. (Durán, 2006: 30).

que somos los más capacitados para resolver todo lo que atañe a la salud pública (...) estamos desplazados del sitio que funcionalmente nos corresponde” (Justicia, 1924 en Illanes, 1993: 204).

A partir de este malestar entre los médicos, emerge, desde principios del siglo XX, un movimiento de opinión y de acción que tuvo dos sentidos, en primer lugar, posicionar a los médicos en un lugar dominante dentro del campo de la intervención social y, en segundo lugar, posicionar los primeros lineamientos y puestas en práctica de una política social que definió como necesaria a) la profesionalización de la intervención social, b) emplear un sistema profesionalizado de diagnóstico de la realidad popular, c) adscribirse a los lineamientos científicos de intervención, d) diseñar instituciones de intervención y e) de agentes que intervengan (Illanes, 2007: 42).

De esta forma, se comienza a observar un discurso que tenía como fin deslegitimar las prácticas de intervención tradicionales. Uno de los principales antecedentes de esto se da en el Primer Congreso de Beneficencia realizado en 1917, en el cual, no se le criticaba a la caridad sus motivaciones como el altruismo y la bondad, sino sus consecuencias prácticas: “Ejercida de una manera aislada, en su forma más espontánea, pero mas primitiva, como es la de dar objetos o dinero al que accidentalmente los pide con tono lastimero, si es la que más rápidamente complace al sentimiento, no es la que más acertadamente satisface una necesidad social” (Revista Beneficencia Pública, 1917: 2). La crítica a la caridad es que ésta satisfacía el sentimiento o la necesidad de ayudar de quien la entregaba y no necesariamente la necesidad del sujeto objeto de limosna. Pues, sin la sistematicidad e investigación, como socorro de la ciencia, no se podía estar seguro de llegar a un resultado útil.

Pese a estos dichos, no se lograba una diferenciación total entre ciencia y caridad, ya que en palabras de Ismael Valdés, “Hacen mala obra los que tienden a presentar como contradictorios la caridad y la ciencia, siendo que lo más favorable para los infelices o para los enfermos es que la caridad sea científica y que la ciencia sea caritativa” (Revista Beneficencia Pública, 1917: 2-3). A fin de cuentas, la caridad era considerada cálida pero ineficaz, y la ciencia eficaz pero fría, faltándole “el calor que el sentimiento da a la caridad privada” (Revista Beneficencia Pública, 1917), por ende, lo mejor que se podía hacer era complementarse mutuamente, constituyendo la solución en una división de funciones según género, puesto que, la ciencia se asociaba al género masculino, y la calidez al femenino.

El discurso médico de manera generalizada interpelaba a la mujer de elite a formar parte de forma activa en el campo de la intervención social, construyéndola socialmente como dispuesta a dicho rol por “naturaleza”. Esto se expresaba, por ejemplo, en las palabras del mismo Dr. Valdés en el Congreso Nacional de Protección a la Infancia realizado en 1912: “Las damas son sin duda las protectoras naturales, las grandes amigas de los niños pobres, desgraciados o enfermos” (Primer congreso nacional de protección a la infancia, 1912). Este discurso interpelaba a las mujeres en su función específica a la que ellas contribuían mediante el trabajo voluntario: función social de limar las “asperezas sociales”, de contribuir a la disminución de los conflictos: “nos demostrareis como esas cariñosas visitas vuestras al hogar del pobre, despiertan la gratitud de la adusta miseria y borran asperezas sociales que empiezan a sacudir el mundo entero” (Primer Congreso Nacional de Gotas de Leche, 1919).

Las mujeres de la elite fueron percibidas por los señores de la intelectualidad médica como las indicadas “por su naturaleza catalogada como sensible y afectuosa-considerados como rasgos propios de su feminidad-, para acercarse a los pobres, en una época de tensión y huelgas, de represión policial, de hambre y muerte popular” (Illanes, 2007: 184).

Al discurso médico, el cual incitaba a las mujeres de elite a hacer trabajo voluntario, habría que sumarle otro dispositivo discursivo que obraba en la misma dirección; el feminismo católico. Este, desde principios del siglo XX hasta por lo menos 1938, con la llegada de los gobiernos radicales y la

implementación del Estado de Compromiso, se incorporó a la alianza establecida entre Iglesia y Mujeres de clase alta para contrarrestar la cuestión social, con lo cual la influencia católica y feminista en las mujeres que realizaban trabajo voluntario se entrelazaron, formando una diada histórica que empujó a la realización de dichas prácticas gratuitas de intervención social por parte de ellas.

El feminismo católico comenzó a transformar las prácticas y expectativas de las mujeres que lo compartían y reproducían a partir de los últimos treinta años del siglo XIX, y sobre todo en las primeras tres décadas del siglo XX. Este movimiento no tuvo repercusiones en todas las mujeres, sino que fue un dispositivo del cual se apropiaron un grupo de mujeres de elite, siendo parte de la construcción histórica de la propia identidad de dicho grupo femenino. De esta forma, el feminismo católico interpeló a esas mujeres a extender su rol tradicional en el hogar, entendiendo esta extensión como un “deber” moral, y sin entrar en contradicción con dichos mandatos femeninos los cuales eran vistos como parte de su naturaleza, la cual se caracterizaba por una superioridad moral, afectiva y emocional propia de la mujer. “Era entonces como madre que la mujer podía trasladar al plano de la reforma social esa dosis de mayor sensibilidad, desinterés, responsabilidad y espíritu de sacrificio, en los que tan pródiga era en el desempeño de sus funciones de creación y mantención de la vida” (Ayala y Veneros, 1997: 47).

Por otra parte, el feminismo católico se oponía al feminismo sufragista característico de las mujeres laicas. Esta oposición es relevante, ya que este discurso se constituye como parte de la identidad de género de las mujeres de elite que realizaban beneficencia a partir de la diferenciación y deslegitimación del otro feminismo. Así se evidenciaba en una conferencia realizada en 1918 por “Clary” ante una sociedad de beneficencia: “Hay en todo orden de manifestaciones físicas y morales, elementos incompletos o inarmónicos que obran fuera del círculo estético, o si lo prefieren, que se apartan de la línea ortodoxa de los hechos. Considero el sufragismo sajón, militante, como parte de esos elementos” (La Tribuna, 1918: 6). Este “otro” feminismo era deslegitimado a través de dos operaciones discursivas; la primera lo exponía como un elemento que iba en contra de la armonía social, de la complementariedad de los sexos, y la segunda; lo mostraba como una posición irrealista fundamentada fuera de la realidad empírica.

Las mujeres apropiadas del discurso anterior transformaron las condiciones naturales en sus armas de lucha, exponiéndolas como fundamento de una superioridad femenina, conforme a la cual tenían una función en la sociedad, que era salir a ayudar y a elevar la moralidad de los más pobres.

Por otro lado, podemos observar como se articularon los conceptos feminismo y caridad, en donde el segundo era “una de las más elocuentes manifestaciones modernas del feminismo en Chile” (La Tribuna, 1918: 5). Esta articulación formaba parte de la construcción social del género femenino de clase alta, lo que posibilitaba observarse a sí mismas como las llamadas a ser mujeres de acción en el campo de la intervención social. Estas mujeres en el ámbito de la ciudadanía social¹¹ se apropiaban de ciertos atributos masculinos, lo que reforzaba su identidad de supremacía respecto del hombre en las prácticas asistenciales y de cuidado, y al mismo tiempo, reforzaban la reproducción de las normas sociales que tendían a imponer una división del trabajo según género. Esto se puede observar en la misma conferencia dada por Clary, la cual exponía que: “Hemos dicho que si el hombre es dueño de la acción, la mujer posee la intuición, que si el golpea el yunque, ella atiza la llama. Sin embargo, en el terreno del altruismo, ha cabido a veces al sexo débil la tarea de golpear el yunque y la de atizar la llama” (La Tribuna, 1918: 14).

¹¹ El concepto de ciudadanía social lo utilizamos con la intención de diferenciarla de las prácticas que tienen relación con el ejercicio deliberativo realizado en el ámbito político-formal, teniendo en cuenta, a la vez, todo el componente político que tiene el trabajo voluntario femenino a lo largo de su historia.

Finalmente el feminismo católico se relacionaba con el interés de las mujeres de elite de contrarrestar el avance del socialismo y las correspondientes formas de feminismo en Chile. A este respecto Elizabeth Hutchinson plantea que "...las mujeres aristocráticas lucharon para reapropiarse del feminismo y de la organización obrera inscribiendo los problemas del empleo femenino dentro de un marco distintivamente paternalista (...) El resultado fue una serie de organizaciones gremiales protectoras, mutualistas, cuya principal preocupación era defender los beneficios sociales del trabajo femenino y de detener el avance de ideologías laborales radicales entre las mujeres proletarias" (Hutchinson, 2006: 207).

Sumados a la irrupción del discurso médico y al feminismo católico que operaban como dispositivos de cambio desde la "caridad" al trabajo voluntario femenino como beneficencia, se encuentra un tercer elemento para la comprensión de la formación histórica del trabajo voluntario femenino; el cual se expresa en la pérdida de influencia de la Iglesia Católica en el Estado, y como respuesta, la irrupción de una nueva estrategia para mantener su posición dominante dentro de la sociedad.

Para comprender esta nueva toma de posición de la Iglesia católica, debemos tener en cuenta que desde 1881 comenzó a sostener conflictos con el Estado en torno a temas como el fuero eclesiástico, la libertad de culto, la ley de matrimonio civil, los cementerios laicos, entre otros¹², lo que se tradujo en un proceso de creciente secularización estatal y pérdida de influencia de la Iglesia Católica en el "campo del poder". Esta tensión entre Estado e Iglesia Católica gatilló un cambio en la lógica interna del campo de la intervención social, lo que se expresó a partir de 1900, en una creciente retirada de las "religiosas" del contacto directo con los pobres, apareciendo en su lugar la participación más sistemática de "las señoras de la alta sociedad" y, en la aparición de una nueva estrategia para enfrentar la amenaza de la cuestión social y el consecuente proceso de creciente organización y lucha de los obreros y obreras del país.

A partir de lo anterior, la Iglesia Católica y la alta sociedad chilena, van a establecer una alianza más explícita para hacer frente a la crisis social y política que amenaza las posiciones de prestigio de ambos agentes sociales. Esta alianza se basa ideológicamente en la puesta en práctica de la Encíclica *Rerum Novarum* a partir de 1891. La Iglesia Católica siguiendo a la Encíclica "llamaba a los católicos a promover la formación tanto de asociaciones obreras como de entidades de beneficencia con un doble objetivo: mejorar las condiciones de vida de los obreros e impedir el avance de las ideas socialistas entre el pueblo" (Hidalgo y Errázuriz, 2005).

Esta alianza se expresó en la capacidad de la Iglesia Católica¹³ para reunir a las mujeres de la alta sociedad en organizaciones de trabajo voluntario, con el objetivo de modernizar y hacer efectiva su intervención social de manera de reestablecer los lazos entre los pobres y la Iglesia mediante la elite femenina.

A través de dicha política de la Iglesia católica de ampliar su presencia en la sociedad civil, el compromiso de las mujeres católicas en organizaciones de beneficencia aumentó en las primeras décadas del siglo XX. Lo anterior también se puede observar en la creación de organizaciones como la Liga de Damas en 1912, la Sociedad Femenina Conferencia de San Vicente de Paul creada en 1890, la Cruz Blanca fundada en 1918, como organizaciones explícitamente católicas, las cuales

¹² Estos conflictos se pueden observar como un proceso de pérdida de posicionamiento institucional, que en ningún caso afectó significativamente a otras estructuras de la sociedad. Como plantea Luis Vitale (1993) fue un fenómeno que afectó con fuerza a nivel superestructural, toda vez que, la Iglesia Católica siguió imponiéndose simbólicamente en las estructuras sociales, sobre todo en las capas altas.

¹³ Esta capacidad se manifiesta específicamente en el poder de convocatoria que tuvieron los sacerdotes como Monseñor Crescente Errázuriz.

contaban con un gran número de integrantes¹⁴. Por otra parte, las mujeres católicas también participaron de la fundación y funcionamiento de organizaciones como la Sociedad Protectora de la Infancia y el Patronato Nacional de la Infancia (Maza, 1995: 167); organizaciones que en el siglo XX van a ubicarse en las posiciones dominantes dentro del espacio del trabajo voluntario femenino.

A partir de lo anterior, planteamos que tanto la Iglesia Católica como la intelectualidad médica, son grupos sociales hegemónicos en sentido gramsciano, puesto que, tuvieron un rol importante tanto en la sujeción de las mujeres católicas al trabajo voluntario y en la creación de organizaciones, como en la generalización de prácticas de intervención sobre los cuerpos y comportamientos basados en la medicina social.

En este sentido, el concepto de hegemonía¹⁵ hace alusión a la alianza entre grupos sociales diferentes pero que comparten alguna condición similar (Anderson, 1981). En este caso, la alianza se da entre la Iglesia, los médicos y la oligarquía, los cuales son grupos sociales diferentes que sienten la cuestión social como una amenaza a sus posiciones de privilegio. La Iglesia Católica, observa la cuestión social como un proceso de creciente secularización y reemplazo de los valores y preceptos católicos por otros de corte socialistas. La Oligarquía se suma a lo anterior y agrega la percepción de la crisis social como crisis de reproducción de la fuerza de trabajo, expresada en la alta mortalidad infantil¹⁶ y el abandono del cuidado de niños. En este sentido, los hijos de las madres obreras eran percibidos en su condición de futuros trabajadores y productores de las riquezas de la oligarquía Chilena. Los médicos por su parte comparten en general el primer diagnóstico, pero también observan el problema como una posibilidad estratégica de mejorar su status social.

Otras de las características de la hegemonía es que la relación de alianza es una relación asimétrica, en la cual uno de los grupos debe imponerse culturalmente (ideológicamente) frente a los demás para lograr la unificación de los objetivos económicos y políticos, y la unidad moral e intelectual de sus miembros (Anderson, 1981). Los grupos que se impusieron ideológicamente son tanto la Iglesia Católica como los Médicos sobre la sociedad civil oligarca. De esta forma, las ideas y argumentos tanto de la Iglesia como de los intelectuales médicos, hicieron “sentido” en la oligarquía, desencadenando en ellos una de las consecuencias de la imposición de la hegemonía: la creación de compromiso entre los grupos ante el objetivo propuesto.

El “compromiso” de las mujeres con el espacio del trabajo voluntario se puede observar a través de los datos del censo de población de 1930¹⁷. Estos datos muestran que de un total de 7.494

¹⁴ La liga de Damas contaba con 150 socias en 1919 en Santiago, esto sin contar con el apoyo que recibían de las parroquias que habían fundado en su mayoría Ligas Femeninas católicas y asociaciones católicas de la juventud femenina, las cuales según datos del censo femenino de la acción social en 1923 contaban con 2000 mujeres activas aproximadamente a las cuales la Liga de Damas las reclutaba como voluntarias para sus actividades. Por otro lado Erika Maza dice que la Sociedad Femenina Conferencias de San Vicente de Paul tenían muchas más mujeres de elite que la Liga de Damas.

¹⁵ Según Hargreaves (1993: 112) El concepto de hegemonía describe una forma de control persuasivo, más que coactivo, depende de la producción de valores y creencias en que se apoyan las estructuras de poder y las relaciones sociales existentes (En Zurdo 2006: 178). Esto también nos remite directamente al concepto de violencia simbólica de Bourdieu, el cual opera a través de la imposición de significados sobre el sentido de las prácticas desde una agente dominante hacia otro agente que se encuentra ubicado en posiciones subalternas. Esta dominación como violencia simbólica es efectiva y no conocida ni percibida como violencia, debido a que se desconocen los mecanismos por los cuales se ejerce, y por lo tanto se desconoce como tal.

¹⁶ “En 1885 nacieron en Chile 61.965 personas; ese mismo año murieron 66.818 (...) en su mayoría niños (...) hasta un mes: 8.270; de un mes a 1 año: 11.758; de 1 a 5 años 16. 186 niños. En total, desde su nacimiento hasta los 5 años murieron: 36. 214 niños, más de la mitad de todas las muertes. De esta forma la mortalidad infantil en Chile va a ser la más alta del mundo (Illanes, María Angélica. 2007: 28).

¹⁷ La Actividad de Beneficencia que registra el Censo se define como sigue: Beneficencia y auxilio social, visitadoras sociales, hospicios, asilos de ancianos, sanatorios, colonias escolares, visitadoras de cárceles, gotas de leche,

personas que realizan beneficencia 4.613 son mujeres, lo que corresponde al 61.6% del total. Estas cifras pueden ser aún mayores, puesto que, no se toma en cuenta aquellas organizaciones de carácter reivindicativas, las cuales si bien son pocas, tienen entre sus filas una gran cantidad de mujeres voluntarias.

Es esta relación hegemónica la que, a través de la creación de un fuerte sentido de compromiso en la oligarquía femenina, posibilitó la apertura de un espacio de intervención social en su forma de trabajo gratuito basado en la coexistencia de la caridad; como trabajo desinteresado, y la ciencia, conformando así la práctica de la “beneficencia”.

Características del trabajo voluntario femenino en su forma dominante de “beneficencia”

A partir del gran compromiso que las mujeres de la alta sociedad sintieron con su nuevo campo de acción, se volcaron al trabajo en organizaciones que realizaban diferentes prácticas de intervención; principalmente médico asistenciales, y en menor medida reivindicativas y promocionales, las cuales se pueden distinguir como tres tomas de posición estratégica, orientadas a atacar la cuestión social con el objetivo principal de procurar el orden manteniendo las posiciones dominantes de la oligarquía chilena.

Una pequeña porción de organizaciones se orientó principalmente a desarrollar prácticas de intervenciones promocionales y reivindicativas; las primeras, entendidas como acciones orientadas a desarrollar en el destinatario capacidades para que él mismo pueda satisfacer sus necesidades, y las segundas, entendidas como prácticas que buscaban de algún modo cambiar ciertas condiciones institucionales que reproducían una determinada forma de explotación y desigualdad.

Las organizaciones que realizaban prácticas reivindicativas como la Liga de Damas o la Asociación de la Juventud Católica Femenina, entre otras, se caracterizaron por promover la creación de sindicatos católicos obreros femeninos¹⁸, los cuales funcionaron en oposición a los sindicatos de izquierda y operaron como dispositivo de control de los comportamientos de las obreras. Por otro lado, estas organizaciones desarrollaron un discurso feminista, que a pesar de no cuestionar los mandatos esencialistas que operaban en la construcción de la mujer, sí se orientaron a mejorar su status en la sociedad en relación al hombre, y a terminar con la injusticia institucionalizada:

La mujer es siempre obrera ideal para los dueños de fábricas y de talleres, pues el trabajo femenino es mucho más productivo para ellos. La mujer es más puntual que el hombre, generalmente no es viciosa, es mucho más laboriosa y constante, y a pesar de todas esas cualidades la obrera recibe la mitad menos de jornal que un obrero (...) Si tienen tanto bueno a su favor y tanto más espíritu de trabajo que el hombre ¿Por qué hay esas diferencias de remuneración? ¿Por qué? Porque nadie casi se preocupa de ellas..., no hay leyes que resguarden y vigilen sus intereses morales y materiales. (Congreso Mariano, 1918)

patronatos, Ejército de Salvación, cursos de párvulos. El censo de población de 1930 es el único que mide este tipo de actividades, no encontrándose dicha categoría en otras mediciones estadísticas entre fines del siglo XIX y 1938.

¹⁸ La Liga de Damas creó en 1914 el “Sindicato de Señoritas de Empleadas de Comercio y Oficinas”, del cual formaban parte 535 mujeres trabajadoras. En 1915, la Liga de Damas, fundaron el Sindicato de la Aguja, Costura y Modas, el cual contaba con 350 mujeres inscritas. Finalmente ya en 1923, la Liga de Damas organizó el Sindicato de Empleadas de Fábrica de las Hermanas de la Caridad, el cual tenía 220 mujeres inscritas dentro de sus filas (De Elgueta, 1928: 585-591).

Las organizaciones que realizan principalmente prácticas promocionales se orientaban a aumentar las posibilidades de las mujeres obreras de insertarse en el mercado de trabajo, mediante la formación y el mejoramiento de sus capacidades productivas. Entre estas organizaciones se encuentran la Asociación de Damas Protectoras del Obrero, la Legión Protectora de la Mujer y los Talleres Protectores de Obreras¹⁹. Estas prácticas tenían una clara orientación de género expresada en la preparación de las mujeres para puestos de trabajo construidos culturalmente como femeninos: “en 1895 se creó en la casa central de las obras de beneficencia del Purísimo corazón de María un asilo para niñas: donde se le enseñan los principales elementos de la instrucción y a cocinar, lavar, tejer, coser y bordar y todo lo necesario para que puedan ganarse la vida” (De Elgueta, 1928: 529).

Si bien las prácticas reivindicativas y promocionales se enfocaron a mejorar las condiciones de las mujeres en tanto obreras a través de la sindicalización y la capacitación, esto no refleja una visión positiva del trabajo remunerado realizado por las mujeres, sino, más bien expresa la visión del trabajo remunerado como un mal necesario ineludible en las mujeres pobres y en algunos casos (Hutchinson, 2006) como un remedio temporal. Por otra parte, desde 1900 y con mayor fuerza desde la segunda mitad del siglo XX, los cambios económicos ocurridos en Chile comenzaron a empujar a mujeres de clase media al mercado laboral, lo que a las percepciones de las mujeres de clase alta significaba un fenómeno que menoscababa la condición natural de la mujer²⁰.

En respuesta a este fenómeno, la Liga de las Mujeres Chilenas en 1912 creó los Talleres Protectores de Mujer, en los cuales las voluntarias vendían el vestuario producido por mujeres en sus propios hogares con el objeto de aumentar los ingresos familiares y de proteger a “mujeres respetables” de venderlos en público (Hutchinson, 2006: 213). Prácticas de intervención en el mismo sentido realizaron la Liga de Damas y la Sociedad de la Abeja de oro en Valparaíso.

La incorporación de la mujer de clase media a la realización de actividades remuneradas y no profesionales, significó una ruptura con imperativos culturales representados en esa época por los hábitos de mujeres de clase alta. Estos referentes culturales tensionaban la subjetividad de las mujeres de clase media y alta, al estructurar un sentido de distinción social que negaba el trabajo remunerado en relación a la clase social; puesto que solo era “aceptable” en las obreras, y en relación al género, ya que el trabajo asalariado era visto como una actividad masculina.

También podemos observar el “compromiso” y el “interés” de las mujeres por participar de este espacio, en la sistematicidad de sus prácticas de intervención, sobre todo aquellas prácticas de carácter médico-asistenciales orientadas a satisfacer las necesidades vitales de los sujetos entregándoles a ellos los satisfactores, principalmente a niños y madres de estratos populares. Entre estas organizaciones se encuentran dentro de las con mayor presencia; la Hermandad de Dolores, el Patronato Nacional de la Infancia, La Sociedad Femenina Conferencia San Vicente Paul, La Protectora de la Infancia de Valparaíso, La Sociedad Protectora de la Infancia y la Asociación de Mujeres de Chile de la Cruz Roja.

Estas organizaciones configuran un espacio de prácticas generalizadas de intervención, orientadas por la introducción de principios científicos organizados en disciplinas especializadas como la Higiene, dirigida a prevenir las malas condiciones de salud, y la Puericultura, orientada a establecer una serie de condiciones y reglas para asegurar una buena salud de los niños en los primeros años de vida. Estas prescripciones van a ser estudiadas y puestas en práctica por las señoras

¹⁹ Los talleres Protectores de obreras contaban con un personal de 350 voluntarias en 1906.

²⁰ Según Hutchinson esto se puede observar a través de las editoriales de El Mercurio y los discursos leídos en la Liga de las Mujeres Chilenas, las cuales demostraron un interés especial en lo que ellas veían como un alarmante fenómeno: mujeres de la clase media confeccionando costuras y otras manualidades para contribuir a los cofres de la familia (2006: 212).

voluntarias, y a través de ellas, intentar disciplinar y controlar las prácticas de las mujeres populares en tanto agentes cuidadoras de sus hijos.

El uso de la puericultura se va a instaurar como una estrategia de imposición en las prácticas y en las representaciones de una “forma de maternidad” particular. De esta manera, la Puericultura desarrolló prescripciones en torno a las formas de cuidado que las madres debían tener con su cuerpo, instaurando mandatos de cuidado que las mujeres debían seguir en relación con la higiene de sus pezones, su alimentación, y la de sus hijos.²¹ Estos preceptos van a entrar en contradicción con las condiciones materiales de posibilidad en la cual se encuentran las mujeres para ejercer la maternidad deseada por las organizaciones de trabajo voluntario²². Las mujeres populares vivían solas con sus hijos en los conventillos, por lo cual ante la ausencia del padre, estas debían trabajar para reproducirse biológicamente tanto ellas como sus niños, y dejar en un segundo o tercer plano el cuidado directo de sus hijos. A esto se suma debido sus condiciones de desnutrición que no permitían la producción de la cantidad y calidad necesaria de leche a través de sus pechos.

Para las madres que no podían dar leche a sus hijos, se desarrollaron sistemas de entrega de mamaderas que sustituyeran su precariedad física: “El imperativo de la ciencia era, pues, inducir prioritariamente a las mujeres y, especialmente, a las mujeres del pueblo, a dar de mamar a sus hijos, para lo cual era necesaria una vasta campaña de intervención educativa. No obstante, las investigaciones señalaban desde ya las mejores vías de sustitución: la leche de vaca, preparándose el camino para la industrialización sustitutiva de la mama” (Illanes, 2007: 115). Estas prácticas se realizaron, en primer lugar, a través de los llamados Dispensarios, los cuales, luego de una década, fueron reemplazados por las “Gotas de Leche”; institucionalidad que representaba una mayor modernización de las prácticas de intervención orientadas a permitir el desarrollo de la primera infancia.²³ Esta leche se elaboró de acuerdo a los estándares de calidad dictados por los doctores, y su entrega se instituyó como una de las prácticas distintivas de todas las Gotas:

La verdadera labor de la Gota de Leche, comienza a partir desde el día en que se empezaron a usar mamaderas esterilizadas para lo cual fue necesario acopio de material y de la cooperación constante y entusiasta de un grupo de señoras que tomaron a su cargo la tarea de supervigilar y preparar personalmente las mamaderas indicadas según la formula del médico (Memoria Gota de Leche de Quillota 1932).

La entrega de leche tenía la funcionalidad de acercar a la madre popular a los mecanismos de acción pedagógica y vigilancia de las Gotas. Esto se refleja en la estrategia utilizada por las Gotas de Leche del Patronato de la Infancia, la cual consistía en condicionar la entrega de leche a la

²¹ Estos comportamientos del cuerpo de la mujer, en tanto madre, se intentaron internalizar a través de acciones pedagógicas orientadas a enseñar “como ser madres”. Estas acciones se realizaban a través de la entrega de panfletos o cartillas con indicaciones precisas de procedimientos que posibilitaron hacer más efectivo el amamantamiento de los niños.

²² Gabriel Salazar y Julio Pinto describen las formas en que se expresaba esta contradicción entre prácticas de cuidado impuestas desde arriba y condiciones de posibilidad. Por su parte también el artículo de Karin Roseblatt “Por un hogar bien constituido”. El Estado y su política familiar en los frentes populares expone como estas formas de imposición se contradicen con las formas de vida y condiciones de las madres populares.

²³ La primera Gota de Leche se inauguró en San Bernardo en 1911 estando a su cargo las Hermanas de San José Protectoras de la Infancia; religiosas que fueron agentes activos de intervención social en otras organizaciones de trabajo voluntario femenino. Luego el reparto de leche a cargo de las religiosas se reemplazó por personal remunerado. A partir de dicha Gota de Leche, también se van a organizar grupos de señoras de la Elite, que tenían como misión atender a las personas que iban a tratarse con los doctores contratados para tales visitas médicas.

participación de ellas en las charlas informativas sobre la forma científica de llevar a cabo la maternidad²⁴ (Illanes, 2007: 140).

Las Gotas de Leche comenzaron a distribuirse al interior de los barrios pobres vigilando de forma efectiva el cumplimiento de las prácticas de las madres en el hogar, a través de la configuración de la visitación social. Esta práctica de intervención se desarrolló de manera sistemática y generalizada²⁵, la cual consistía en la entrada de “las señoras” a los hogares de las familias pobres, ejerciendo un control y un poder más efectivo sobre los comportamientos de las madres.

La sistematización de las prácticas de visitación social y el número de niños atendidos de forma gratuita se pueden observar en el siguiente cuadro donde se exponen algunas organizaciones²⁶:

Organizaciones				
Prácticas de intervención	Patronato Nacional de la Infancia*	Hermandad de Dolores**	Protectora de la Infancia de Valparaíso***	Sociedad Protectora de la Infancia****
Visitación social	20.962 ²⁷	56.632 ²⁸	1.020 ²⁹	X
Nº de niños atendidos	9.297	X	572	713 ³⁰

Por otro lado, los niños/as que eran atendidos en estas organizaciones asistenciales se caracterizaban por presentar una pluralidad de estructuras familiares³¹, definidas por los distintos sujetos que se encuentran a cargo de los niños. Esta pluralidad es percibida como desorganización familiar y como una de las principales causas de la alta mortalidad infantil, tanto por las organizaciones de beneficencia, como por los médicos y la Iglesia Católica. A partir de los niños que fueron atendidos en la Sociedad Protectora de la Infancia, podemos ver la diversidad de estructuras familiares de las que son parte, lo cual es generalizable a todas las instituciones. De esta forma, de los 713 niños atendidos en 1931 se encontraban con padre y madre 146; solo con madres 179; solo con Padres hay 69 niños; sin padres y sin madres pero con parientes a cargo se encontraban 57 niños, y por último, 56 niños se encontraban abandonados (Memoria Sociedad Protectora de la Infancia, 1931).

A partir de esta “desorganización” vista como una de las “causas de la alta mortalidad infantil” se desarrollaron prácticas de intervención orientadas a la conformación de matrimonios, y de esa forma intentaron consolidar una estructura familiar legítima: “Esta Gota de Leche ha podido cumplir no solo el programa de trabajo que se hace en todas las Gotas de Leche (...) el directorio ha hecho aún más: Acción social que tanto se necesita. Inscribiendo civilmente, bautizando, legalizando en

²⁴ También se entregaban incentivos monetarios a aquellas madres que durante el año entregaran sus hijos una cierta cantidad leche. En este sentido, las madres populares competían por poseer los pechos más potentes y de mejor calidad para sus niños.

²⁵ las visitas sociales son realizadas en los primeros 30 años del siglo XX principalmente por mujeres voluntarias, es decir de forma gratuita. Pero ya desde 1930 aproximadamente esta práctica de intervención va a comenzar a realizarse de forma remunerada.

²⁶ *Los datos son de 1920. **Datos de 1931. ***Datos de 1934. **** Datos de 1931.

²⁷ Datos extraídos y confeccionados a partir de tabla estadística del año 1920 realizado por María Angélica Illanes pp. 190-191 (2007).

²⁸ Cuenta Pública 1931. Hermandad de Dolores.

²⁹ Memoria 1934. Gotas de Leche de Valparaíso.

³⁰ Memoria 1931. Sociedad Protectora de la Infancia.

³¹ De acuerdo a Simon Collier el matrimonio no era una práctica recurrente en los sectores populares, situación debida, en parte, por el carácter migratorio de la población masculina quienes “Atraídos por la perspectiva de un trabajo bien remunerado, (...) emigraron desde el Valle Central hacia las salitreras. Entre 1875 y 1907, la población del Norte Grande aumentó de 2.000 a 234.000 personas.” (Collier: 152).

muchos casos la situación de los padres, buscando trabajo a los mismos. Sosteniendo familias durante la enfermedad de las madres” (Memoria anual y balance Sociedad Gotas de Leche de Miramar y Recreo, 1935). Por su parte la Hermandad de Dolores mediante las visitadoras sociales logro realizar la celebración de 371 matrimonios “entre las familias de los visitados, haciéndoles ellas mismas todas las diligencias para estos actos y proporcionándoles todos los medios para conseguirlo” (Cuenta Pública, 1931).

A partir de lo expuesto hasta aquí, podemos observar que la emergencia de organizaciones de trabajo voluntario femenino no sólo obedece a motivaciones solidarias, de altruismo o de cooperación, ni son éstas los medios simbólicos principales por los cuales las organizaciones orientan y planifican sus acciones, sino que entran en juego otras dinámicas como la defensa de las posiciones de prestigio de un grupo social, o las luchas al interior o en los márgenes del propio campo.

De esta forma, el propio concepto de solidaridad utilizado comúnmente para describir las prácticas de trabajo voluntario como desinteresadas y altruistas, en este contexto se redefine, y más bien obedece a la emergencia de identificación con los sufrimientos de otros cuando el espacio social apropiado por un grupo determinado se siente amenazado. En este sentido, Richard Rorty (1991) define solidaridad como una “cuestión de compartir una esperanza egoísta: la esperanza de que el mundo de uno, las pequeñas cosas en torno a las cuales uno ha tejido el próximo léxico último, no será destruido” (101). En este sentido, las prácticas de trabajo voluntario realizadas por las señoras, más que una acción puramente motivada por la ayuda y cuidado de otros, se orienta a la defensa de sus posiciones de privilegio expresada por ejemplo en los esfuerzos por detener el avance del movimiento obrero de corte socialista.

Entrada del servicio social profesional y la configuración de la asistencia social como forma dominante

Hacia 1925 era evidente que ni la caridad tradicional de las mujeres oligarcas, ni su inclusión en el proceso modernizador de las prácticas de intervención social, fueron suficientes para contrarrestar las malas condiciones de vida y la creciente organización del movimiento obrero de orientación socialista. A partir de esto, emergió una opinión pública crítica ante la estrategia utilizada por la beneficencia, la cual provenía de diversos actores sociales como los médicos, estudiantes universitarios, cientistas sociales, organizaciones sociales de base y organizaciones feministas laicas. A partir de la cristalización de dicha opinión pública, emerge un proyecto político de conformación de un Estado con mayor protagonismo sobre espacios como la educación, la salud y la asistencia social (Salazar y Pinto, 1999).

Este proceso de formación del Estado se caracterizó, entre otras cosas, por la ampliación de sus bases, abriendo mayores puestos de trabajo a profesionales provenientes de la educación universitaria. Esta ampliación significó, a nuestro juicio, la ruptura con la representación del Estado como extensión institucional de los intereses particulares de los grupos oligarcas, lo que se expresó en el espacio de la intervención, en la creación de una institucionalidad educacional que posibilitó la emergencia de disciplinas orientadas a la profesionalización de la intervención dentro de ámbitos académicos concretos, como las primeras escuelas de Servicio Social fundadas en 1925 y 1927.

Las prácticas de intervención del trabajo voluntario femenino fueron cuestionadas directamente por las Escuelas de Servicio Social, las cuales criticaron el carácter caritativo de sus prácticas: “El ser que tiene necesidad de la ayuda de los demás, se encuentra en una situación anormal, la caridad, suministrándole socorros momentáneos deja subsistir esta situación. Por lo tanto no es eficaz. El papel del servicio social es, al contrario, el de buscar las causas de esta anormalidad, sean ellas intrínsecas o extrínsecas, poner término a su existencia (Revista de Servicio Social, 1927: 8).

Los agentes que irrumpen por la disputa del espacio de las “señoras benéficas” son las visitadoras sociales “profesionales”. Ellas simbolizan una segunda modernización de las prácticas de visitación social que realizaban las mujeres oligarcas a través de sus organizaciones. Esta modernización fue posible debido a una especialización del conocimiento técnico expresada en la articulación y sistematización de disciplinas observadas como funcionales para la realización del trabajo de intervención. Se puede observar esto a través de los cursos que las mujeres debían estudiar. Así la carrera de Servicio social comprendía cursos como: Instrucción cívica; Psicología y Economía social; Atención de enfermos; Moral; Legislación de Higiene y Beneficencia (Revista de Servicio Social, 1927: 26-27).

A pesar de representar la modernización de la intervención social, esto no implicó una ruptura con las formas de intervención realizadas por las señoras anteriormente, sino más bien, su continuidad modernizada en términos de prácticas y conocimientos adquiridos institucionalmente mediante la conformación de una disciplina, y la ampliación de los agentes que participan del espacio de intervención. Este incremento de los agentes femeninos fue posibilitado por la creación de nuevos puestos de trabajos remunerados construidos culturalmente como femeninos y funcionales a la intervención social.

De esta forma, la diferencia entre las “señoras” y las visitadoras profesionales, es la gratuidad de los servicios de las primeras en oposición a la remuneración de las segundas, cambio que rompió con una estructura simbólica que se había impuesto desde fines del siglo XIX, en la cual la ayuda a un tercero se distinguía por su gratuidad.

La entrada de las mujeres de clase media al espacio de intervención fue posible por la introducción de una nueva forma de acumulación histórica de capital cultural, en este caso, bajo la forma de capital escolar institucionalizado, lo que permitió neutralizar los límites que imponía las formas de acumulación cultural característico de la elite benefactora, puesto que, la legitimidad de su entrada al espacio de la intervención bajo la forma de trabajo voluntario, se dio a partir de la internalización de la cultura bajo la forma de capital incorporado, el cual se expresa en los modos de ser específicos con los cuales definen su propia identidad a partir de la acción en el espacio de intervención social. Como plantea Bourdieu: “la objetivación del capital cultural incorporado en forma de títulos, neutraliza los límites biológicos del capital cultural incorporado. El título académico es un capital cultural garantizado por las formas legales y reconocido de esa forma por el Estado. De esta forma el título confiere a los agentes que lo ostentan un valor social convencionalmente duradero y validado legalmente. Esta institucionalización del capital cultural se vuelve relativamente autónoma del capital cultural que las personas efectivamente poseen” (Bourdieu, 2001: 146).

Desde las mujeres de clase media la inversión de capital cultural adquiere sentido, porque en la educación formal ellas percibieron la garantía de aumento de su posición social. En el caso de las mujeres oligarcas, su posición en la estructura de privilegios no se sustentaba en una adquisición de un capital cultural institucionalizado, puesto que sólo a partir de las últimas décadas del siglo XIX se permitió la entrada de las mujeres a la universidad, lo que se percibió más como una amenaza a sus privilegios que como una posibilidad de aumentar o mantener su distancia.

De esta forma, desde su entrada en el campo de la intervención social en 1927; año en que comienza a ejercer la primera generación de visitadoras sociales profesionales, inician su labor en diversas agencias, en su mayoría caracterizadas por ser instituciones medico-asistenciales, incluyendo aquellas organizaciones que dentro de sus filas contaban con agentes voluntarias. Entre las organizaciones en las cuales se incorporan las visitadoras sociales se encuentran Hospitales, Gotas de Leche, maternidades, policlínicas del seguro obrero, Dirección general de Sanidad, entre otros.

Luego con la crisis de 1929 que comenzó a afectar a Chile a partir de 1931, sumado a la mayor agitación política desde la década de 1930, comienza un mayor auge del servicio social profesional, lo

que se tradujo en una mayor coordinación con las esferas Estatales,³² consolidándose desde el Estado “el uso político del género femenino” (Illanes, 2007: 297).

Este proceso de incorporación del servicio social profesional en instituciones de salud, organizaciones tradicionales de intervención, y más tarde en el Estado, constituye una progresiva legitimación de las visitadoras sociales como los agentes válidos para el ejercicio de la intervención social. Por otro lado, la incorporación a gran escala de mujeres que terminan sus estudios en las Escuelas de Servicio Social da cuenta de la aceptación que tuvieron en la sociedad civil.

A partir de lo anterior, podemos observar como la carrera de servicio social comienza a constituirse en la segunda preferencia de las mujeres de clase media. Así desde 1927 hasta 1960 se titularon 1.669 visitadoras sociales de la Universidad de Chile, siendo hasta ese año la segunda carrera más demandada por las mujeres después de las profesoras de Estado que desde 1920 hasta 1960 ya tenía a 3.248 graduadas (Salazar y Pinto, 1999: 167).

Este proceso de incorporación de las visitadoras sociales al espacio particular de la intervención social desencadena posiciones de resistencia por parte de las mujeres de elite, lo que se traduce en estrategias de deslegitimación de las visitadoras sociales profesionales.

Estas estrategias se comprenden porque la trayectoria histórica de las mujeres de elite ocupadas en el control y cuidado de los sectores vulnerables se fue constituyendo en un proceso de apropiación (privatización) de un determinado espacio de intervención, es decir, este espacio comienza a ser percibido como una “propiedad”, como un capital, en el cual operan diferentes estrategias de exclusión de nuevos agentes, estrategias que definen la forma válida de intervención. Desde esta lógica, las mujeres de clase media son concebidas como amenazas, como competencia³³. “Competencia natural en un momento de emergencia de esta nueva intervención social femenina que se hace en nombre de otros principios, llamados claramente a servir de recambio o al menos de complemento moderno de los anteriores, tildados de tradicionales y, hasta cierto punto, descalificados por obsoletos” (Illanes, 2007: 295).

Por su parte, las escuelas de servicio social en el año 1929 comienzan a desarrollar una estrategia de difusión publicitaria desde Valparaíso hasta Puerto Montt, con el propósito de dar a conocer en que consiste la nueva disciplina e intentar motivar a las mujeres de provincia a estudiar dicha carrera. Esta estrategia continúa en las décadas de los treinta y cuarenta a través de la publicación de anuncios y reportajes en revistas tradicionales como la Revista Familia y Revista Eva³⁴.

En estas revistas se observa un cambio en las formas en que se manifiestan los mecanismos de entrada al campo de la intervención en comparación con el discurso de los médicos y señoras voluntarias participantes de la beneficencia.

En el discurso médico y en el de las propias señoras, los mecanismos de exclusión/inclusión respecto a quienes tenían derecho a entrada a dicho espacio de intervención y quienes no, giraban en torno a la posición de prestigio dentro del espacio social. Este prestigio se expresaba en un capital cultural que se adquiría por medio de la internalización de una forma de ser propia de esas mujeres.

³² La incorporación de las visitadoras sociales en el Estado parte por la incorporación de una visitadora en la “Caja del Crédito Popular”. También la Inspección General del Trabajo incorpora en sus departamentos a visitadoras sociales profesionales. Ellas se incorporan a los departamentos de “Inspección del trabajo femenino”, la “Bolsa de Trabajo” y la Oficina de Asistencia social.

³³ “La visitadora será, al mismo tiempo, un elemento discontinuo y, para muchos, un elemento perturbador de la “propiedad” de un determinado territorio de intervención social. En casi todas partes, y ante la mirada a veces sospechosa de señoras, monjas y enfermeras, la visitadora tuvo que conquistar su lugar, convencer acerca de su legitimidad profesional, de su utilidad social” (Illanes, 2007: 295).

³⁴ Estas revistas se dirigían a un público femenino mayoritariamente de elite e impulsaron la creación de instituciones femeninas.

Por su parte, los mecanismos de inclusión/exclusión que operan en las visitadoras profesionales se caracterizan por exigir la posesión de un capital escolar o cultural especializado e institucionalizado por las agencias de educación, como son los años mínimos de escolaridad y el manejo de una lengua extranjera. Desde esa perspectiva, el servicio social toma la forma de un espacio no sancionado por la condición de privilegio adquirido dentro de las propias redes sociales cercanas: “esta es una carrera sin prejuicios, abierta a cualquiera, sin distinción de razas ni religiones” (Revista Eva, 1948: 47).

Observamos también que los requisitos formales para estudiar en las escuelas de Servicio Social construidos en tanto vocación, no giraban en torno al sentimiento hacia los demás, sino, en base a la “vocación por los estudios de”: “la persona que desee seguir esta carrera debe tener vocación o manifiesta inclinación por los estudios y trabajos sociales, amplitud de miras, sentido de responsabilidad, y espíritu público” (Revista Eva, 1948: 47). Vocación por el conocimiento y la disciplina más que por el sentimiento de compasión o caridad hacia el otro.

Otra estrategia diferenciadora que posibilitó el desarrollo de un mayor capital y autonomía³⁵ de las mujeres visitadoras es la consagración de los conocimientos y experiencias adquiridas en textos realizados de acuerdo a los cánones profesionales y científicos de la disciplina. Según María Angélica Illanes (2007) ellas “comenzarán a producir una nueva y mayor cantidad de escritos que siguen una metodología específica (científica), en los cuales estampan sus conocimientos extraídos de su visión de lo real-popular emanada de su contacto directo con ese mundo” (296).

A partir de lo anterior, planteamos que los requisitos de entrada que operaban en las señoras de elite, basados en el origen social de clase al cual pertenecen, no tienen relación con las aptitudes e intereses expresados en la adquisición de conocimientos específicos requeridos para participar del espacio de la intervención, sino, con disposiciones propias de la elite femenina expresadas en sentimientos de compasión hacia el ser inferior conceptualizado como “caridad”. Por otro lado, la legitimidad de la participación en el campo, se relacionó con la posibilidad de realizar dicha actividad sin las coerciones de la necesidad de reproducir las condiciones materiales de existencia, es decir, sin la necesidad de realizar trabajo remunerado. Para ellas, el espacio de intervención no se podía articular explícitamente con intereses económicos, el cual fue elaborado como un tabú, y como una regla que se reserva el derecho de admisión.

En el fondo de lo postulado anteriormente se encuentra la tensión trabajo remunerado/trabajo voluntario que opera en los hábitos de las mujeres de elite. El trabajo remunerado visto como castigo, ilegítimo, para la mujer, y el trabajo voluntario visto como signo de distinción, pero que pocas están llamadas a realizar.

Las mujeres que trabajaban en el Patronato o en las Gotas de leche, se caracterizaban por la gratuidad de sus labores. Pero es el carácter no remunerado en oposición al trabajo remunerado lo que constituye el signo de distinción y una estrategia histórica de monopolización de un espacio del campo de la intervención social por parte de las mujeres oligarcas. Dicha estrategia se legitimaba en un discurso que planteaba la caridad como vehículo esencial de la acción social, la que por medio de la monopolización se transformó socialmente en una “propiedad”. Desde esta definición, las trabajadoras voluntarias habían de ser señoras pudientes, en las cuales, supuestamente estaba desarrollado el espíritu de la caridad, debido a la superioridad moral sobre el resto de la población. Así lo expresa la señora Julia Eyzaguirre de Calvo:

³⁵ Bourdieu plantea que la autonomía de los campos se van configurando a partir de la emergencia de una mayor especialización de las prácticas que rigen dichos espacios, lo cual reduce las posibilidades de que otros agentes se vean a sí mismo llamados a ser partes de dicho campo, ya que no cumplen con los requisitos de entrada válidos.

Esta labor, si se entregara a personal remunerado, tendría problemas: pierde el atractivo de amar al prójimo y exigiría gastos para pagar un mal servicio en manos de escasa cultura, en las que está poco desarrollado el espíritu de caridad, aunque conozcan de cerca las necesidades y miserias del pueblo. (Primer Congreso de las Gotas de leche 1919)

Finalmente, todo este proceso de entrada de un nuevo agente femenino al campo de la intervención social, significó una profesionalización y cientificación de la práctica de la intervención visibilizada en el trabajo remunerado, dio paso desde 1938 a la “asistencia social” como forma dominante de intervención, subordinada principalmente, a los aparatos del Estado asistencial.

Conclusiones

La llegada más sistemática de la mujer de elite al campo de la intervención social mediante el trabajo voluntario significó una de las formas en que la mujer de la elite chilena sale de su ámbito asignado tradicionalmente por la sociedad patriarcal; la familia y la intimidad, prolongando su “rol materno” construido históricamente, hacia el ámbito más visible de la intervención social. De esta manera, la salida y extensión de sus prácticas de cuidado y disciplinamiento más allá de sus familiares, no crearon resistencias que imposibilitaran su desenvolvimiento como actores sociales en el ámbito de la ciudadanía. En este sentido, el trabajo voluntario femenino fue una de las formas históricamente posibles de insertarse en ámbitos más visibles de participación para dichas mujeres, teniendo en cuenta la configuración histórica de una sociedad que simbólicamente asignaba al hombre el espacio público, el espacio del reconocimiento social; y a la mujer, al espacio privado; espacio del des-conocimiento y naturalización de sus prácticas. Espacio que se reproducía como exclusivamente femenino, puesto que, hasta principios del siglo XX el ideal de femineidad en la elite social y los roles que se le imponían, se caracterizaba por sublimar la función maternal y de domesticidad que cumplían las mujeres³⁶.

Junto con lograr insertarse en espacios más visibles y expresivos, la mujer voluntaria vinculó en sus discursos, autonomía y liberación con naturalización de los roles tradicionales, asumiendo la responsabilidad en la práctica de preocuparse y ocuparse por el bienestar, desarrollo, vigilancia y disciplinamiento de los sujetos observados como carentes. De esta forma, se consolidó una construcción cultural que opera incluso hasta hoy en día, en la cual la mujer se forma como tal en tanto “ser para el cuidado del otro” (Illanes 2007).

En relación a las lógicas de funcionamiento del trabajo voluntario, históricamente no puede ser visto como una práctica desinteresada u altruista orientado a la ayuda de otros, puesto que, opera como un espacio de expresión política en donde sus agentes luchan por imponer formas legítimas de intervención social y de estructuración de la sociedad, además de una práctica orientada a mantener las posiciones de privilegio mediante la entrega de ayuda a otros.

Respecto a lo anterior, los procesos de profesionalización de la intervención y su expresión institucional en la creación de escuelas de Servicio social, produjo la emergencia de una disputa por el espacio femenino de intervención entre las “señoras de la alta sociedad” y las mujeres profesionales. Este conflicto desencadenó una estrategia en las mujeres de clase alta orientada a monopolizar el espacio de la intervención bajo la forma histórica de “caridad”, representándola como la forma legítima de intervención en oposición al trabajo de intervención social remunerado que comienzan a

³⁶ En este sentido, este modelo contribuyó a la emergencia histórica de dos esferas separadas por sexo, en la cual, el ámbito de la mujer era la esfera privada, en tanto el del hombre era la esfera pública. A esto se le sumó a fines del siglo XIX el darwinismo social que construyó a la mujer como un ser, por naturaleza, inferior física y mentalmente al hombre (Veneros, 1997: 23).

practicar las mujeres profesionales de clase media. De esta forma, lo que se observa es una estrategia de esencialización, por parte de las mujeres de elite, de una construcción histórica que identifica a la caridad exclusivamente con ellas, al construir la caridad como forma exclusiva de sus dominios.

Este deseo de monopolización de la intervención bajo la forma de caridad, permite observar un conflicto que en la práctica desde principios del siglo XX parecía inexistente; el conflicto entre caridad y ciencia. Al ver las mujeres caritativas amenazadas su posición dominante dentro del trabajo voluntario, su toma de posición se agudizó recurriendo a formas de capital simbólico propios de las formas tradicionales de intervención de la clase oligarca, expresada en la gratuidad del trabajo en contraposición con el trabajo remunerado de las mujeres de clase media. La distinción entre trabajo remunerado y no remunerado se convirtió entonces, en un mecanismo basal para la distinción de clase de las distintas mujeres de la sociedad chilena. La entrada de las mujeres de clase media a este espacio mediante la adquisición de un capital cultural legítimo representado en el título profesional, desencadenaron la pérdida de un espacio de “distinción social” que les significaba el monopolio de la práctica del trabajo voluntario a las mujeres de elite.

Desde la perspectiva de género, la característica de voluntariedad del trabajo de intervención social no remunerado se torna problemático. La remuneración indicaría la búsqueda de satisfacción de un interés personal, acumulación de capital económico, mientras tanto la gratuidad implicaría lo contrario, la búsqueda de la satisfacción de las necesidades de otros, es decir, la renuncia al interés personal. En dicha característica las mujeres de la elite justificaban su superioridad sobre las visitadoras sociales. Esto da cuenta de la imposición de mandatos culturales que internalizaron las mujeres que realizaban estos trabajos, lo que se podría denominar como una “ética del cuidado” que las disponía; y lo sigue haciendo, a orientarse a este tipo de actividades, es decir:

Con independencia de la amplitud de las diferencias innatas que pueda haber entre hombres y mujeres, las normas sociales ejercen una fuerte presión para que se asuman funciones diferentes según el sexo. Concretamente, asignan a las mujeres más responsabilidad en lo tocante al cuidado de las personas dependientes, un cometido que casi literalmente exige altruismo. (Badgett y Folbre 1999: 353)

Desde esta perspectiva, el trabajo voluntario puede ser observado como socialmente impuesto a un determinado grupo de sujetos, que en este caso, correspondió a las mujeres católicas de clase alta, tanto por el discurso feminista católico como por el proveniente de lo que Illanes denominó la “Intelligentsia Médica” (1993). Esta imposición de altruismo operó en las mujeres por medio de discursos hegemónicos orientados a construirlas como los agentes históricos que permitieron a la mujer apropiarse de un rol central en el desarrollo de los saberes y formas de intervención.

En definitiva, La tensión expuesta anteriormente entre mujeres voluntarias de la elite y mujeres profesionales de clase media representan el correlato de un proceso de estructuración de diferentes formas a través de la cual se expresó la intervención social desde fines del siglo XIX hasta 1938.

Este proceso de estructuración se puede distinguir en tres etapas basadas en las formas de intervención hegemónicas en un periodo histórico determinado, puesto que no son excluyentes entre sí. En primer lugar, se encontró posicionada la “caridad” como forma legítima de intervención social, la cual se basó en la articulación de la gratuidad del trabajo y principios religiosos propios de mujeres católicas de clase alta. En segundo lugar, desde principios del siglo XX hasta 1925 emerge la forma “beneficencia”, ya sea pública o privada, que se constituye como un primer proceso de transición entre modernización de las prácticas de intervención; basados en la introducción de criterios construidos como científicos, y tradición; basada en la mantención de los mismos sujetos femeninos de la elite y su negación al trabajo remunerado. Por último, desde 1925 hasta 1938, se expresa una

disputa por la representación de la práctica legítima entre los dos lados que constituye la distinción beneficencia, en decir entre caridad y ciencia. En este sentido, la ciencia como principio de modernización de la intervención, encontró sus condiciones de institucionalización en la formación de centros académicos con las escuelas de servicio social, con lo cual, se articuló conocimientos científicos y profesionalización en la práctica de la intervención.

Bibliografía

- Anderson, P. (1981). *Las antinomias de Antonio Gramsci*. Barcelona: Editorial Fontamara.
- Ayala, P. y Veneros, D. (1997). Dos vertientes del movimiento pro-emancipación en Chile. Feminismo cristiano y feminismo laico. En Veneros, D. (ed). *Perfiles Relevantados. Historias de mujeres en Chile siglos XVIII-XX*. Santiago: Ediciones Universidad de Santiago.
- Badgett, L. y Folbre, N. (1999). ¿Quién cuida a los demás? Normas sociosexuales y consecuencias económicas. *Revista Internacional del Trabajo*. Volumen 118 (3), (pp. 347-365).
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (2001). *Poder, Derecho y Clases sociales*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Collier, S. y William E. S. (1998). *Historia de Chile, 1808-1994*. New York; Cambridge University Press.
- De Elgueta, S. G. (1928). *Actividades Femeninas*. Santiago: Imprenta y Litografía La Ilustración.
- De Ramón, A. (2000). *Santiago de Chile. Historia de una sociedad urbana*. Santiago: Editorial Sudamericana.
- Durán, M. (2006). *Higienismo, Cuerpo y Espacio. Discurso e imágenes sobre el cuerpo femenino en las teorías científicas e higienistas. Chile siglos XIX-XX*. Tesis (Mg). Santiago. Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades.
- Fernández, E. (2003). *Estado y Sociedad en Chile 1891-1931. El Estado excluyente, la lógica estatal oligarca y la formación de la sociedad*. Santiago de Chile: Editorial Lom.
- Góngora, M. (1986). *Ensayo Histórico sobre la noción de Estado en Chile en los siglos XIX y XX*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Grez, S. (1997). *La cuestión social en Chile: ideas y debates precursores: (1804-1902)*. Santiago: Editorial DIBAM.
- Hargreaves, J. (1993). Promesa y problemas en el ocio y los deportes femeninos. En Barbero, J. I. (comp). *Materiales de Sociología del Deporte*. Madrid: Editorial La Piqueta.
- Hidalgo, R., Errázuriz, T. y Booth, R. (2005). Las viviendas de la beneficencia católica en Santiago. Instituciones constructoras y efectos urbanos (1890-1920). *Revista Historia (PUC)*, Volumen. 2 (38), (pp. 327-366).
- Hutchinson, E. (2006). *Labores propias de su sexo. Género, Política y Trabajo en Chile urbano. 1900-1930*. Santiago: Editorial Lom.
- Ivovich, E. y Torres, I. (1933). Orígenes y desarrollo de la beneficencia en Chile. *Revista de asistencia social*. Volumen. 3 (1), (pp. 95-151).
- Illanes, M. A. (1993). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia social de la salud pública Chile 1880-1973*. Santiago: Editorial Primaria.
- Illanes, M. A. (2007). *Cuerpo y Sangre de la Política. La construcción de las visitadoras sociales (1887-1940)*. Santiago: Editorial Lom.
- Maza Valenzuela, E. (1995). Catolicismo, Anticlericalismo y la extensión del sufragio de la mujer en Chile. *Revista Estudios Públicos* (58), (pp. 137-197).
- Morris, J. (1967). *Las élites, los intelectuales y el conceso. Estudio de la cuestión social y el sistema de relaciones industriales en Chile*. Santiago: Editorial del Pacífico.
- Roseblatt, K. (1995). Por un Hogar bien constituido. El Estado y su política familiar en los Frentes Populares. En Godoy, L., Hutchinson, E., Roseblatt, K., y Zarate, M. S. *Disciplina y Desacato. Construcción de identidad en los siglos XIX y XX*. Santiago: Ediciones SUR, CEDEM.
- Rorty, R. (1991). *Contingencia, ironía y solidaridad*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Salazar, G. y Pinto, J. (1999). *Historia contemporánea de Chile. Volumen IV. Hombres y feminidad*. Santiago: Editorial Lom.

Caridad, beneficencia y asistencia social: del trabajo voluntario al trabajo remunerado... Daniel Leyton y Cristóbal Montt

Serrano, S. (1999). La definición de lo público en un Estado Católico. El caso chileno 1810-1885. *Revista Estudios Públicos* (76), (pp. 211-232).

Vitale, L. (1993a). *Interpretación Marxista de la Historia de Chile*. Tomo IV. Santiago: Editorial Lom.

Vitale, L. (1993b). *Interpretación Marxista de la Historia de Chile*. Tomo V. Santiago: Editorial Lom.

Klimpel, F. (1962). *La mujer Chilena: El aporte femenino al Progreso de Chile 1910-1960*. Santiago: Editorial Andrés Bello.

Zurdo, A. (2006). Voluntariado y Estado: las funciones ambivalentes del nuevo voluntariado. *Política y Sociedad*. Volumen 43 (1), (pp. 169-188).

Fuentes Primarias

Primer Congreso de Protección a la Infancia, [1, 1912, Santiago, Chile]. *Actas Primer Congreso de Protección a la Infancia*. Santiago, Chile. Patronato Nacional de la Infancia, 1912.

Primer Congreso Nacional de las Gotas de Leche, 1919. [1, 1919, Santiago, Chile]. *Antecedentes, actas y trabajos del Primer Congreso Nacional de Gotas de Leche*. Santiago, Chile. Patronato Nacional de la Infancia, 1920.

Congreso Mariano Femenino, [1, 1918, Santiago, Chile] *Relaciones y documentos del Congreso Mariano Femenino: celebrado en Santiago de Chile, julio de 1918: para conmemorar el Centenario de la Proclamación de la Virgen del Carmen como Patrona Jurada de la República y de su Ejército*. Santiago, Chile. Liga de Damas Chilenas, 1918.

Cuenta Pública Hermandad de Dolores. Santiago, Chile. Instituto de caridad evangélica. 1931.

León XIII. *Carta Encíclica Rerum Novarum del Sumo Pontífice León XIII sobre la situación de los obreros*. 1891.

Memoria anual y balance Sociedad Gotas de Leche de Miramar y Recreo. Valparaíso, Chile. Gota de Leche de Miramar, 1935.

Memoria Gota de Leche Quillota. Valparaíso, Chile. Gota de Leche de Quillota. 1932.

Memoria Gotas de Leche Valparaíso. Valparaíso, Chile. Gotas de Leche de Valparaíso, 1934.

Memoria de la Sociedad Protectora de la Infancia. Santiago, Chile. Sociedad Protectora de la Infancia, 1931.

Publicaciones periódicas

Revista Eva. Santiago, Chile. [158]. 1948.

Revista de Beneficencia Pública. Santiago, Chile. 1 [1]. 1917.

Revista Servicio Social. Santiago, Chile. 1 [1-2]. 1927.

Revista La Tribuna. Santiago [13] Abril, 1918.

Diario Justicia. Septiembre 16, 1924.