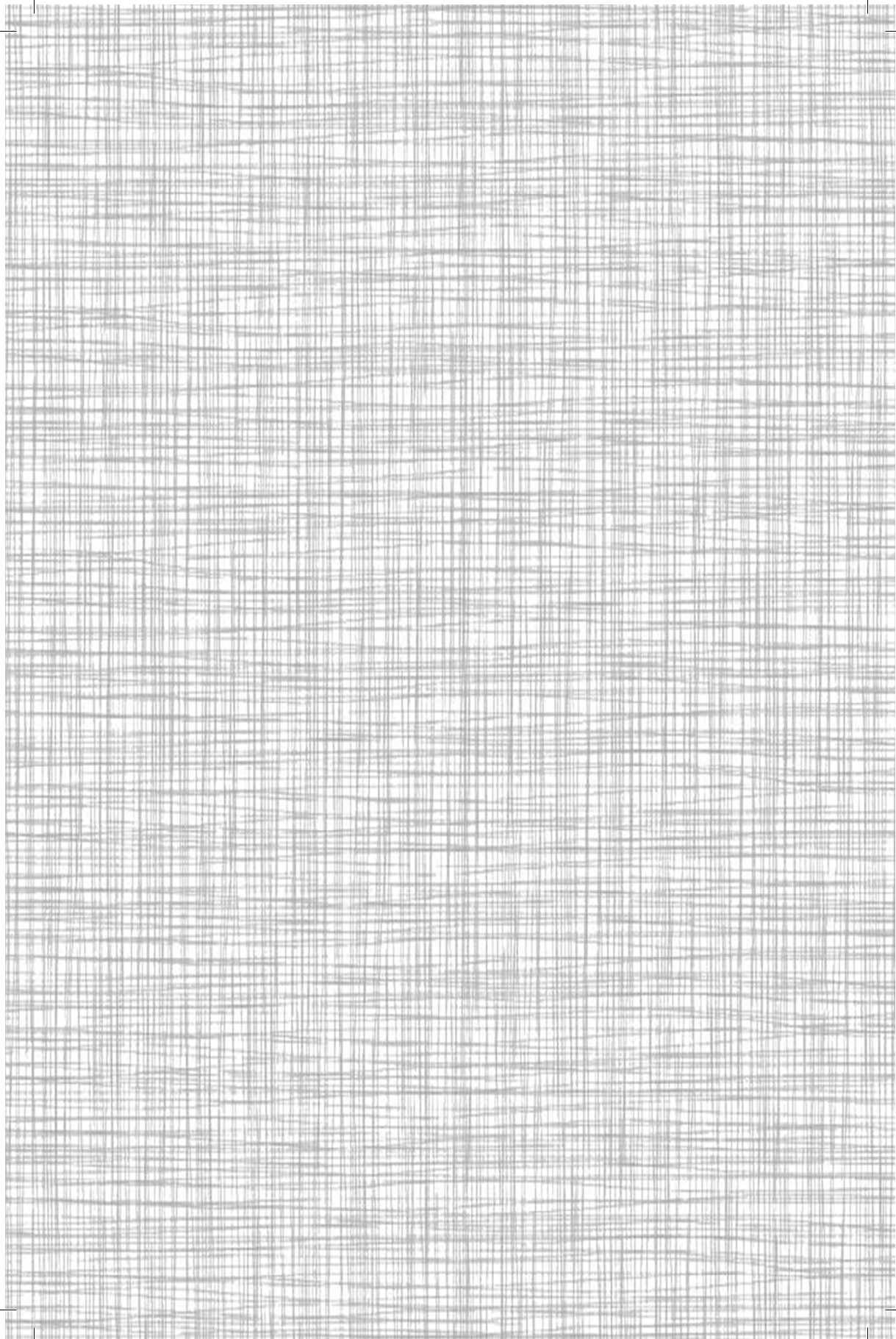






Ni madres ni padres

## Colección Ensayo

Director de colección: Luis Uribe Miranda

Comité editorial: Jorge Polanco Salinas, Joaquín Fortanet Fernández, Irene  
Salvo Agoglia, Hugo Herrera Pardo, Ester Jordana Lluch



# Ni madres ni padres

Sexualidad popular en Chile 1927-1937

JAVIERA POBLETE VARGAS

CENALTES  
[www.cenaltosediciones.cl](http://www.cenaltosediciones.cl)

POBLETE VARGAS, Javiera. *Ni madres ni padres. Sexualidad popular en Chile 1927-1937*. CENALTES ediciones. Viña del Mar, 2019

Colección: Ensayo

Diseño y diagramación: CENALTES Ediciones

Gestión proyecto editorial: Martín Ríos

Imagen de portada, de izquierda a derecha: Rosa Marchant, Pablo Poblete

Marchant, Inocencio Poblete; probablemente en Santiago de Chile,

aproximadamente en 1930. Archivo familiar de la autora, tratamiento digital Edison

Martin

Foto de solapa: Jorge Monge

©Javiera Poblete Vargas 2019

Primera Edición CENALTES, Viña del Mar, Septiembre 2019

Algunos Derechos Reservados

CENALTES Ediciones Ltda

Viña del Mar, Chile

<http://www.cenaltседiciones.cl>

[ediciones@cenaltседiciones.cl](mailto:ediciones@cenaltседiciones.cl)



Este libro se distribuye en formato PDF, bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

Se autoriza la reproducción y distribución gratuita de su contenido en formato digital.

La versión impresa de esta obra cuenta con derechos comerciales de CENALTES Ediciones

ISBN: 978-956-9522-20-8

DOI: 10.5281/zenodo.3403398

Printed by Donnebaum, Santiago de Chile

Con amor, a la memoria de mi  
bisabuela Rosa y de mis abuelos que le  
han dado vida y sentido a esta historia.

A mi amada abuela Elena, quien ha  
inspirado y le ha dado fuerza a mi lucha  
cotidiana.



## ÍNDICE

|                                                                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Prólogo. De los impuros cuerpos de la historia                                                               |     |
| Kemy Oyarzún Vaccaro                                                                                         | 7   |
| Introducción                                                                                                 | 15  |
| Algunos antecedentes históricos                                                                              | 18  |
| Historizar el género                                                                                         | 21  |
| Una década de diagnóstico                                                                                    | 32  |
| Nuestro libro                                                                                                | 42  |
| 1 La necesidad de un diagnóstico. El rol histórico de la Intelectualidad<br>médica y asistencial (1927-1937) | 45  |
| 1.1 Una política del cuerpo                                                                                  | 45  |
| 1.2 Chile y la crisis mundial del capitalismo                                                                | 51  |
| 1.3 El malestar de la pobreza                                                                                | 55  |
| 1.4 La Intelectualidad Médica                                                                                | 60  |
| 1.5 El rol histórico de las “visitadoras sociales”                                                           | 65  |
| 1.6 Diagnosticar, Escribir, Crear                                                                            | 70  |
| 2 El diagnóstico como dispositivo de poder                                                                   | 75  |
| 2.1 Ideología                                                                                                | 76  |
| 2.2 Saber                                                                                                    | 80  |
| 2.3 Poder                                                                                                    | 82  |
| 3 Ni madres, ni padres                                                                                       | 91  |
| 3.1 Las condiciones de vida                                                                                  | 95  |
| 3.2 La Illegitimidad sexual popular                                                                          | 102 |
| 3.3 La irresponsabilidad del hombre popular                                                                  | 111 |
| 3.3.1 Las uniones libres                                                                                     | 114 |
| 3.3.2 El abandono                                                                                            | 115 |
| 3.3.3 Enfermos y viciosos                                                                                    | 118 |

|                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.4 El binomio madre y niño                                       | 119 |
| 3.4.1 Las condiciones de vida de las mujeres                      | 126 |
| 3.4.2 El problema del niño ilegítimo                              | 129 |
| 3.4.3 El problema del instinto maternal en las mujeres del pueblo | 131 |
| 3.5 Los vicios                                                    | 135 |
| 3.6 Las enfermedades venéreas                                     | 140 |
| 3.7 La prostitución                                               | 145 |
| 3.7.1 Las causas                                                  | 147 |
| 3.7.2 Los efectos                                                 | 150 |
| 4 Conclusión                                                      | 153 |
| Índice de conceptos                                               | 161 |
| Bibliografía                                                      | 165 |

## AGRADECIMIENTOS

Cada página de este libro es el producto de una historia. Y no solo de la historia de Chile, sino también de la mía. Por medio de la escritura fui tejiendo y reconstruyendo una de las millones de partes de nuestro pasado y sin darme cuenta, mi vida se fue quedando en cada una de estas páginas. Tal como si la historia de este país y mi historia de vida fuesen inseparables.

Por este motivo, quiero decir que este libro nace de mi propia subjetividad. Surgió del acto político de tomar la palabra. De la necesidad de responder nuevas preguntas y abrir una puerta a otras memorias para re-construir el presente. Es un libro, que con cada página escrita, me ha permitido sentir el movimiento de mi vida, de la historia y del tiempo. Y lo más bello de todo este proceso, es que he podido visualizar que este texto no ha sido una creación individual. Existe gracias a la vida y la experiencia de quienes dejaron huellas en el tiempo; así como de aquellos que han sido parte de mi vida y que —de una u otra forma— me han dado las herramientas para construirlo.

Es por ello que quisiera aprovechar este espacio para agradecer a mis maestras. A María Angélica Illanes por inspirar mis primeras reflexiones históricas sobre el cuerpo y la sexualidad. A Pilar Errázuriz, por guiarlas y ayudarme a crear este puente indestructible entre la Historia y el Género. Y en especial a Kemy Oyarzún, por acompañarme en este camino investigativo de los Estudios de Género y ayudarme a resolver mis preguntas históricas con nuevas perspectivas de análisis interdisciplinario.

## AGRADECIMIENTOS

Por creer en mi trabajo, por apoyarme y contribuir en la gestación de este libro.

También quisiera agradecer a Adán Salinas. Él ha sido el principal responsable de esta publicación. Siempre ha apoyado mis investigaciones, ha comentado mis reflexiones y me ha brindado herramientas teóricas y filosóficas que han potenciado mis análisis históricos. Es un amigo que con su experiencia, ha contribuido en mi trabajo y me ha motivado a presentar el manuscrito de esta *historia* a CENALTES Ediciones.

Gracias a Paula Poblete Vargas. Mi amada y admirada hermana. Ella ha revisado con gran amor y dedicación cada una de estas páginas. Todos sus comentarios, correcciones y los diálogos que hemos establecido, han enriquecido este texto y han iluminado mi proceso creativo. Gracias por darme la fuerza para mantenerme en pie, por ayudarme a seguir adelante en este camino y en esta lucha feminista que, sin duda, seguiremos haciendo juntas.

Infinitas gracias a Waldo y Viviana por su amor incondicional. Por estar a mi lado siempre, por abrirme las puertas del mundo y darme la valentía para entrar en él. Gracias a Rocío por ser mi gran amiga y la compañera con la que he compartido los procesos revolucionarios de nuestras historias. Sin duda alguna, todas las experiencias que he vivido con ustedes han sido el motor de mi vida y de mi escritura.

Gracias Edison Martín por ser mi gran compañero, por compartir esta aventura y por querer cambiar el mundo conmigo. Gracias por cada mirada atenta, por cada pregunta, por todas las reflexiones que compartimos cada día y que amplían mi horizonte. Gracias por todo el amor que me entregas y la fuerza que me has dado para terminar este libro.

Finalmente, quisiera agradecer al Fondo Nacional del libro de la Región de Valparaíso, del Ministerio de las Culturas, las Artes y el Patrimonio de



la República de Chile, por financiar esta publicación a través de su concurso 2019 y favorecer su difusión a través de CENALTES ediciones. Debido a ello, este trabajo podrá ser un aporte a la investigación de historia y género en Chile y entrar en los debates que –desde hace décadas– han buscado desnaturalizar, históricamente, las desigualdades sociales/sexuales.

En definitiva, gracias a todas y cada una de las personas que han hecho y hacen que esta historia –y mi historia– siga en movimiento.

Javiera Poblete Vargas.  
Madrid, Junio de 2019.



## PRÓLOGO.

### De los impuros cuerpos de la historia

“Ni madres ni padres. Sexualidad popular en Chile. 1927-1937”, de Javiera Poblete, nos ofrece una relectura historiográfica orientada a identificar y analizar la construcción de la realidad sexual popular por parte de médicos y “visitadoras sociales” en las primeras décadas del Siglo XX, a partir de un archivo constituido por la autora en torno a diagnósticos escritos en cuatro revistas médico-sociales chilenas del periodo: *Servicio Social*, *Beneficencia*, *Revista de Asistencia Social* y *Acción Social*.

El año de 1937 marca una transición hacia el gobierno de Pedro Aguirre Cerda (1939), proceso político que consagra el Estado de Bienestar en Chile en el concierto de inéditas alianzas de los frentes populares, momento álgido que incluye destacados diagnósticos sobre la realidad médico-social chilena, entre los cuales se sitúa la obra del propio médico, Salvador Allende, *La realidad médico-social chilena*, del año 1939. Aquí, el auge del Estado de Bienestar coincide con la institucionalización de la Medicina Preventiva, el largo predominio del higienismo y una nueva relación entre la comunidad ilustrada de profesionales de sectores medios como mediadores de las relaciones sociales entre el “bajo” pueblo y el Estado.

Las preguntas investigativas del contundente estudio que Javiera Poblete nos entrega develan un acento en las re/construcciones simbólicas de lo popular: ¿Desde dónde se hablará del pueblo? ¿Desde qué lente se observará al pueblo como objeto y no sujeto de estudio? ¿Cuál es el imaginario social y político acerca del comportamiento sexual de hombres

y mujeres que permite a esos enunciados identificar las prácticas sexuales del pueblo como el origen de los “males” que el Estado se propone sanear en la época? Deudora de los aportes de una nueva generación de historiadores, tales como María Angélica Illanes, Julio Pinto o Gabriel Salazar, la autora desarrolla tres áreas de indagación histórico-discursiva: a) El problema de la construcción de la “realidad”, pasando de una conceptualización ontológica a una perspectiva constructivista (Pinto, Berger y Luckmann, Bourdieu, Castoriadis), b) El Género como proceso de producción deseante, social, cultural e histórico (Butler, de Barbieri, Fox Keller, G. Rubin, M. Lamas, J. Scott), c) Los espacios de segregación construidos para la diferencia sexual en el seno de una modernización que se precia de igualitaria (Pateman, Fraisse, Hartmann) y d) La producción de saberes y discursos sobre el cuerpo y el sexo (M. Foucault, entre otros y otras).

La autora sostiene que el saber científico médico y asistencial sobre la sexualidad popular se elabora a partir de un imaginario socio-sexual tensionado por categorías de género hegemónicas que inciden en la construcción de la “realidad” sexual de lo popular. La precisión de Javiera Poblete desconstruye un supuesto explícito: el discurso médico habla del “pueblo”, lo constituye como identidad naturalizada y “objeto” de estudio, pero no como sujeto. No es el “pueblo” quien emite esos enunciados.

En el ámbito de los estudios sobre el Sistema Sexo Género, tenemos aquí un trabajo que aporta, en primer lugar epistemológicamente, a la deconstrucción de un tozudo ideologema positivista que elabora lo científico sin explicitar su propia enunciación, de modo que J. Poblete puebla la comprensión del imaginario social/sexual hegemónico, con énfasis en un discurso que es sobre todo oscuro para los propios médicos y “visitadoras sociales”. El binomio médico-visitadora despliega desde ya una disparidad de enunciación, mirado desde una perspectiva sexo-genérica. Los médicos (sujetos fundamentalmente masculinos, de

verticalidad en la diferenciación coercitiva) y *sus* asistentes (subalternas femeninas) se constituyen como un par dispar, en tanto productor y reproductora de las relaciones saber/poder, en un contexto histórico en el que resultaba necesario resignificar las relaciones entre pueblo y Estado –tránsito entre la República Oligárquica y el Estado de Bienestar.

Acertadamente, en mi opinión, la autora rehúsa referir en abstracto a la noción de “pueblo”, precisando que se trata de categorías discursivas que cristalizan relaciones de poder, sustituibles por términos como *jornaleros* (de trabajo esporádico y en diversas faenas según lo requiera el mercado), *prostitutas*, *mujeres de pueblo sin oficio calificado* (o directamente sin oficio) y *niños huachos*. Así, el estudio cubre la fundación del Estado Asistencial Sanitario en Chile en 1925 como importante punto de partida para la comprensión de las vías de politización de los movimientos sociales, así como de los feminismos chilenos y latinoamericanos en el Siglo. El análisis del archivo reconstituido pone en evidencia el imaginario social de género, a partir del cual se elaboran representaciones sobre el comportamiento sexual de los sectores populares en la vida cotidiana del periodo, dejando en evidencia aspectos latentes del inconsciente político. Los principales contenidos develados remiten a la subjetividad y la memoria, la familia, las relaciones sociales y la politización, conceptos vehiculares para repensar los movimientos sociales feministas latinoamericanos de comienzos del Siglo XX. El estudio propone que a partir de esas vivencias más íntimas y cotidianas se fracturaron las memorias nacionales, de modo que de esos quiebres emergieron múltiples narrativas que la autora recoge, analiza, critica, revalora y resignifica.

A nivel metodológico, acertadamente, Javiera Poblete fundamenta su interpretación en el Análisis Crítico del Discurso, con el soporte de algunas conceptualizaciones de filosofía política y sociología del conocimiento. Se percibe un interés particular por aquellas vertientes que cuestionan la producción de saberes y verdades como instrumentos

discursivos para objetivar experiencias subjetivas e intersubjetivas al interior del cuerpo social estudiado.

El texto está escrito en los límites movedizos entre el ensayo académico y la creación. Javiera Poblete inscribe sus propias condiciones de enunciación incorporando aspectos biográficos y genealógicos que no solo son pertinentes al objeto de estudio, sino que arrojan luz sobre el inconsciente político que ella misma se ha propuesto develar a través de tres contundentes capítulos. En el primero, se presentan aspectos históricos del problema, precisando las características del contexto social, político y económico, que promueven la producción de conocimiento científico sobre el pueblo y la publicación de las revistas médico-sociales. El segundo capítulo, denominado “El diagnóstico como dispositivo de poder”; da cuenta de cómo la producción de conocimiento científico sobre el pueblo y sus males, se convierte en un dispositivo de poder capaz de producir y difundir significados sobre las conductas del pueblo a partir de normas ideológicas de comportamiento moral/sexual que son tomadas como verdades científicas. Finalmente, en un tercer y contundente capítulo denominado, “Ni madres ni padres” se lleva a cabo un análisis cualitativo y semiológico del archivo seleccionado para evidenciar la construcción médica y asistencial de la “realidad sexual popular”.

Una larga desmemoria marca las relaciones entre el cuerpo y la cultura hegemónica. Entre otros registros, para los dispositivos victorianos, de larga duración en Chile y América Latina, esa desmemoria se expresa como blanqueamiento y silencio sobre el sexo y las clases populares en una sociedad que es todavía extremadamente estamental. Imposible no tener en cuenta que el cuerpo iletrado no es constituido como sujeto de ciudadanía en Chile sino hasta 1971, cuando durante el Gobierno de Salvador Allende adquiere por vez primera en la historia, el derecho al sufragio.

En este estudio, invirtiendo el “sentido común”, lo que emerge es precisamente una obstinada desmemoria, tatuaje de un sistema de poder cuyas estrategias han situado y sitiado la subjetividad en una brecha excluyente entre lenguaje, ciencia y cuerpo. El cuerpo se ha convertido en soporte de la vida y al mismo tiempo en el mayor objeto de abyección, frontera móvil entre la vida y la muerte, fantasma del propio cadáver de lo humano, asalto a la racionalidad desde lo no humano, bestialización y barbarie del “bajo pueblo”.

Para “cuerpos insignificantes” como los de las mujeres golpeadas, las prostitutas, los jornaleros vagabundos, ¿Es la violencia muda? ¿Cuán referenciable es ese “extremo nomadismo interno” que sacude a los cuerpos vejados, despojados sobre todo de su propia subjetividad? ¿A qué dispositivos retóricos refiere esta violencia epistémica? En algún momento de la historia occidental, la des subjetivación pasa a primer plano con la naturalización del cuerpo, al menos en dos pliegues epistemológicos: a) en el neo/positivismo de la ciencia y b) en los esencialismos filosóficos. En la larga trayectoria del patriarcado occidental, la des subjetivación afecta a las mujeres y a los/las subalternos, ubicadas/os en el ámbito de lo natural, más cercanas/os a lo animal que a la cultura, a una supuesta barbarie, más que a la civilización letrada. Hoy, a partir de la mirada crítica de Javiera Poblete, se contribuye a la reubicación del cuerpo en la cultura, en la historiografía y la ciencia. Que emerjan cuerpos subjetivables y subjetivados, se entiende. No para naturalizar la subjetividad, sino para encarnarla, a modo de poner en debate tanto la naturalización como la des-naturalización de esa materialidad heteróclita que es la carne para las relaciones inter e intra subjetivas *en* el campo de la cultura.

La “rotura” entre ciencia, lenguaje y cuerpo se convertirá en el horizonte semiótico de la década del 80 en Chile. Como un vuelco de dialéctica en suspenso, las violencias se han acumulado para los tiempos del presente narrativo de Javiera Poblete, abriendo brechas insondables en el cuerpo de la nación y en los cuerpos que han sido objeto de extremos actos de

violencia, y no sólo simbólica. Violencia cultural, violencia sexual y agonía moral despuntan perturbadoramente en este ensayo historiográfico, en el cual las violencias siempre irrumpen como recién paridas, en su inmediatez histórica y biográfica, en su seco impacto, desde la calle a la madriguera de lo doméstico.

Al preguntarse por las corrientes lingüísticas respecto de la posibilidad de conceptualizar sujetos “sexualmente diferenciados” y por las formas específicas de la subjetividad femenina, la lingüista Patricia Violi insiste que el sujeto está encarnado, incardinado, aunque la lingüística tradicional no lo concibiese así. Es el sujeto trascendental, descarnado y esencialista, el que aparece descorporeizado. Parece no tener cuerpo ni territorio, aunque sus soportes sean escriturales y jurídicos. En el caso chileno y latinoamericano debemos entender que esa descorporeización es efecto de neo/colonización.

El relato historiográfico que Javiera Poblete despliega ante nosotros realiza cortes “arqueológicos” y profundiza los arcaicos resortes epistémicos que pueblan las cartografías identitarias y relacionales. Al hacerlo, erosiona formas de expresión y formas de constitución de identidades, formas de vínculo y ligazones simbólicas autoritarias, mostrando que, después de todo, el despotismo no ha sido sólo un asunto dictatorial. Las violencias que recorren la enunciación desde lo íntimo y privado hasta lo público y urbano parecen difícilmente contenidas por las palabras, porque se haya dislocada la relación hegemónica entre el cuerpo, lenguaje y poder. Las autonomías se van conjugando en el seno del reticulado político y narrativo de la familia nuclear, del dinero y su ley, de la ciencia y su cartografía de saber y de poder. Lo torcido, la agonía moral, se desprende de esas mismas instituciones, de sus blanqueos discursivos, escenarios del “asedio corporal” que luego se expresa como moralidad e hipocresías.

Las articulaciones entre las esferas de la Producción (mandatos masculinos) y la Reproducción (mandatos femeninos), entre lo privado y



lo público, han sido importantes nudos epistemológicos, sociales, culturales y económicos de los estudios de género en las últimas décadas, particularmente en relación al cuerpo, al trabajo de las mujeres y a sus derechos en general. Este texto de Javiera Poblete se inserta en una coyuntura muy particular de la trayectoria del Estado en Chile. Sus enunciados refieren al tránsito de la República Oligárquica al Estado de Bienestar, es cierto. Pero su propia situación de enunciación se inserta en otro tránsito. El de hoy. Un proceso entre el Estado Subsidiario impuesto por la Dictadura de Augusto Pinochet y un Estado Garante de Derechos que “aún” no llega, tránsito tenso y largo que abarca toda la postdictadura chilena, entre 1990 y el momento actual, a fines de 2019. ¿Es posible repensar como biopolítica la reproducción de la fuerza de trabajo, que tiene como protagonistas los cuerpos, los deseos y las actividades de las mujeres, *nuda* vida para el derecho y las ciudadanías, verdaderos desechos de la producción de mercancías, aunque esenciales para la reproducción del capital? En última instancia, ¿no es la abstracción del cuerpo (el del trabajo incluido) uno de los rasgos más definitorios del fetichismo de la mercancía?

Kemy Oyarzún Vaccaro.  
Universidad de Chile.



## INTRODUCCIÓN

Era invierno en Chile. Era 29 de Junio de 1929; cuatro meses antes de la gran crisis del capitalismo mundial que devastó al país, y Rosa Marchant, como fruto de una segunda relación, daba a luz a su segundo hijo: Pablo Poblete Marchant. Desde ese momento comenzó a tejerse una historia familiar que ha llegado a este siglo XXI llena de olvido y silencios.

A Rosa la conocemos muy poco. Casi nada. Solo sabemos que tuvo una relación con un hombre y que como producto de ella nació Margarita, su primera hija. Sabemos también, que cuando Margarita era pequeña, Rosa contrajo matrimonio con Inocencio Poblete y que, como fruto de esa relación, nacieron Pablo en 1929 y Eduardo en 1931, su último hijo, ya que fue en ese parto cuando Rosa dejó de vivir.

Pero ¿Cómo o por qué murió Rosa en el parto de su tercer hijo? De ese acontecimiento solo se tejen hipótesis que hasta el día de hoy no hemos podido resolver. La primera es que mi bisabuela no tuvo las condiciones de vida necesarias para tener un buen embarazo. En esos tiempos, la pobreza del pueblo —de dónde provenían Rosa y su familia— provocó que muchas mujeres perdieran la vida al momento de dar a luz a sus hijos; ya que la falta de higiene o de recursos no permitía que tuviesen los cuidados necesarios en el periodo pre-natal o en el puerperio. Desconocemos si Rosa trabajaba fuera del hogar, pero sabemos que Inocencio no era un obrero calificado, que bebía vino con bastante frecuencia y que su salario era deficiente. Por eso, podemos concluir que los recursos de esta familia no eran suficientes para que Rosa, en caso de que tuviese complicaciones

en el parto, recibiera una atención profesional inmediata. La segunda hipótesis plantea que Rosa tuvo un accidente y que como consecuencia de él, tuvo complicaciones en el parto que le provocaron la muerte. Se dice que cayó por una escalera y que no tuvieron los medios económicos para evitar que ella perdiera la vida. Lo complejo de toda esta historia es que la tercera y última hipótesis plantea que Rosa, efectivamente, cayó por una escalera, pero que no fue producto de un accidente sino más bien de la violencia de su marido. Dicen que Inocencio la golpeó y la arrojó por la escalera, y que como consecuencia de ello tuvo las complicaciones del parto que provocaron su muerte.

La falta de certeza sobre la causa de muerte de Rosa, se debe a que luego de ese hecho la familia Poblete Marchant dejó de existir. Por tanto la memoria de este acontecimiento se fue diluyendo en el tiempo, así como la imagen y la existencia de la protagonista de esta historia. Inocencio Poblete, contrajo matrimonio nuevamente, formó otra familia y abandonó a Margarita y a Pablo. La niña fue criada por una mujer que nunca se preocupó de ella y que la maltrató hasta que Margarita abandonó esa casa. Y Pablo, mi abuelo, quien en ese momento tenía apenas dos años, fue internado en un hogar de niños, donde vivió hasta los 12 o 15 años. Solo Eduardo, el bebé, tuvo el *privilegio* de crecer al interior de una familia y al lado de su padre.

En mi familia, se cuenta que mi abuelo Pablo tuvo una infancia llena de pobreza. Él nunca quiso hablar mucho de ella. Solo sabemos que caminaba descalzo por las calles del gran Santiago, que pasaba hambre y frío; y que debido a ello, comenzó a trabajar desde muy pequeño en una fábrica de hielo. Sabemos que se arrancaba del hogar de niños para poder hacerlo y que luego de sus labores regresaba a él para comer. Mi abuelo siempre dijo que no tenía familia, siempre dijo que él era *huacho*. Por eso nunca más habló de su madre, tal vez porque no alcanzó a guardar ningún recuerdo de ella o simplemente porque su historia era una historia de dolor y de abandono. Nunca más habló de Inocencio. Y aunque

volvieron a verse antes de su muerte en la década del '70; mi abuelo nunca lo reconoció como su padre ni pudo perdonar que éste lo hubiese abandonado para cuidar, solamente, a un hijo. Tampoco habló mucho de sus hermanos. Algunas veces, cuando era joven, visitaba a Margarita, pero con el tiempo perdieron el contacto. Una vez, cuando mi abuelo tenía 16 años se encontró con Eduardo, pero se sintió tan menospreciado y vio que había tantas diferencias entre él y su hermano, que optó por no verlo más. Y no sé si fue a razón de esto (de la rabia que sintió hacia su hermano), que mi abuelo siempre culpó a Eduardo de la muerte de su madre. Decía que si él no hubiese nacido, Rosa nunca hubiese dejado de vivir. Pero Eduardo siempre, hasta el último momento de su vida, insistió en que había sido Inocencio el responsable de la muerte de su madre.

Hoy mi abuelo ya no vive, tampoco Eduardo ni Margarita. Ninguno está aquí para contarme su historia, para explicarme cómo y por qué ocurrieron las cosas. Ninguno está aquí para hablarme de aquellos años o de su forma de vida, desde su experiencia o desde la mirada con la que ellos/as interpretaban el mundo y construían su *realidad*. Tal vez, lo que me queda es buscar registros, testimonios de mi familia, pero sin duda alguna, ninguno de ellos podrá explicarme cómo ocurrieron los hechos, ni menos me servirían para saber cómo vivió Rosa, qué sintió, si sufrió o no. Tampoco sabré si fue Inocencio el responsable de su muerte, ni cuáles fueron las razones por las que él abandonó a sus hijos y menos lo que sintió mi abuelo o sus hermanos al vivir sin una madre, sin un padre y sin una familia *bien* constituida.

Tal vez, el olvido y los silencios de esta historia familiar pueden ser parte de los conflictos que enfrentamos, cuando desde este presente tratamos de comprender los vacíos, problemas y crisis familiares en las que hemos crecido. Y quizás, no es solo mi historia, sino que es también la historia del pueblo chileno en las primeras décadas del siglo XX. Una historia que carece de registros, de testimonios vivos que puedan hablarnos de su forma de vida, de su forma de experimentar y concebir el deseo, el cuerpo

y la sexualidad. De su forma de interpretar el mundo en el que están siendo, ni de sus concepciones sobre la familia, la maternidad o la paternidad. Lo que tenemos, mayoritariamente, son hipótesis, interpretaciones, representaciones de sus conductas. Saberes que desde el poder han terminado por construir lo que hoy conocemos como su supuesta “*realidad*” médica-social y sexual.

A partir de aquí entonces, es donde quiero comenzar este libro. Un libro cuya pretensión no es construir una verdad histórica, sino más bien, poner bajo sospecha los saberes y discursos que han sido capaces de producir verdades sobre el pueblo chileno y su sexualidad. En este sentido, nos preocuparemos de analizar los diagnósticos sobre el pueblo y el origen de sus males, que fueron producidos por médicos y “visitadoras sociales” y publicados en diversas revistas de circulación científica entre 1927 y 1937. Por medio de esta acción buscaremos demostrar cómo dichos aparatos productores de conocimiento fueron capaces de construir la “*realidad sexual popular*” a partir de un imaginario de género que les permitió elaborar representaciones sobre el comportamiento sexual del pueblo en su vida cotidiana, en medio de una clara relación de poder. Una *realidad* en la que los hombres y las mujeres del pueblo no eran *ni padres, ni madres*.

### Algunos antecedentes históricos

Según la historiadora María Angélica Illanes (1993; 2006), la conformación del Estado Asistencial Sanitario en 1925, instaló en Chile una nueva forma de hacer política: *una política del cuerpo*. Allí, los médicos y las “visitadoras sociales” cumplieron un papel fundamental en la elaboración de una serie de políticas públicas que tuvieron por objetivo mejorar la salud del pueblo y reestablecer los lazos rotos entre éste y el Estado, ya que la cuestión social había calado hondo en el país y dejaba

ver, en cada rincón de los conventillos, la pobreza y la crisis en la que se había sumido el pueblo durante la época parlamentaria.

En ese entonces, el capitalismo mostraba su peor rostro y los hombres, mujeres y niños/as del pueblo chileno se convirtieron en su principal víctima, puesto que la miseria en la que vivían no hizo más que aumentar las tasas de morbilidad, mortalidad y sobre todo las tasas de mortalidad infantil que a fines de la década de 1920 alcanzaron un record mundial. Junto con ello, los movimientos sociales y las organizaciones obreras, aumentaban su fuerza y adherían a sus filas cientos de personas dispuestas a pelear por una transformación de la economía capitalista y de las desigualdades sociales; una situación que a juicio de las elites y la antigua clase patronal, venía a desestabilizar el orden político y dificultaba el progreso de la nación.

A razón de esto, los médicos y las “visitadoras sociales”, asumieron el rol de canalizar las demandas del pueblo e iniciaron con ello la tarea de incorporar el movimiento social y obrero al Estado a través de la elaboración e implementación de estrategias médicas y asistenciales para la recuperación de su vida y su salud. Todo, con el fin de calmar el descontento social y junto con ello conseguir la estabilidad social, política y económica del país. Lo significativo es que antes de elaborar y poner en práctica dichas estrategias, resultó necesario identificar claramente las causas que daban origen a los males del pueblo y que provocaban la crisis social. Para ello, tanto médicos como “visitadoras sociales” pusieron en marcha la ardua tarea de elaborar diagnósticos que fueron publicados como artículos en diversas revistas de difusión científica. En ellos, sus autores/as escribieron los resultados de sus investigaciones amparados en el saber y la técnica de investigación científica, y a razón de ello les confirieron un carácter de verdad. Una verdad, que les permitió construir —en palabras de Salvador Allende (1939)—, la “*realidad*” médico-social chilena.

En materia de esta investigación histórica, es importante señalar que los médicos y las “visitadoras sociales” reconocieron en sus diagnósticos, que los problemas médico-sociales del pueblo chileno estaban directamente vinculados con una crisis moral que perturbaba el comportamiento de los sujetos y que los conducía a experimentar fatales consecuencias en sus condiciones de vida y su salud. Pero fueron aún más lejos, y reconocieron que el comportamiento sexual *ilegítimo* de los sectores populares era un factor que amenazaba el progreso de la nación. Así pues, fue recurrente que en la producción de diagnósticos sobre los problemas médicos y sociales de la época, los/as profesionales de la salud y del servicio social encontraran como causa la forma de comportamiento social-sexual de los sectores populares, argumentando que solo a través del control de sus impulsos sería posible resolver muchos de los problemas que dañaban su vida y su salud. Para ellos/as lamentablemente el pueblo no comprendía la trascendencia social del acto sexual y menos, el valor de la familia, la maternidad y la paternidad para el progreso propio, de nuevas generaciones y de la nación. Debido a ello entonces, desde el lugar de poder que la ciencia y el Estado les había conferido, comenzaron a hablar de los hombres y de las mujeres del pueblo y de sus conductas sexuales; confiriéndole a estas últimas toda una serie de significados para objetivar dichas prácticas y así construir la “*realidad*” sexual popular.

Ahora bien, bajo la mirada científica de los médicos y las “visitadoras sociales”: ¿Qué problemas médicos y sociales de la época tuvieron como causa el comportamiento sexual de los sectores populares?; ¿Qué dijeron ellos/as del pueblo y de su comportamiento sexual? Y más importante aún, ¿Cómo, a partir de sus diagnósticos construyeron la “*realidad*” sexual popular chilena? Y finalmente, ¿A partir de qué imaginario social/sexual elaboraron representaciones sobre el comportamiento social y sexual de los sectores populares?



Sobre la base de los Estudios de Género y Cultura, con algunos aportes de la sociología del conocimiento, la filosofía política y el análisis crítico del discurso; intentaremos responder a estas preguntas entendiendo a los diagnósticos elaborados por los médicos y las “visitadoras sociales” como aparatos discursivos productores de un saber que emerge desde su propio imaginario de comportamiento social/sexual, y, de las categorías de género que operan ideológicamente para comprender, describir y construir la “*realidad*” sexual popular. En este sentido, buscaremos demostrar cómo una determinada feminidad y masculinidad se legitiman en el saber científico —médico y asistencial— como verdades para identificar las causas que daban origen a los males del pueblo y construir su “*realidad*”, aun cuando estas categorías son producciones culturales e históricas.

### Historizar el género

Así pues, a partir de este trabajo pretendemos problematizar el *género* como una construcción cultural que adquiere diversos significados en cada escenario histórico. De este modo, más que aplicar las categorías de masculino y femenino al análisis de este problema, como si éstas fuesen cuestiones biológicas, naturales, universales y a-históricas; buscaremos cuestionarlas, interrogarlas históricamente para evidenciar, tal como sugiere Joan Scott (1996): “*cómo ha operado el género en sociedades pasadas*”. Es decir, que interrogaremos el discurso de los médicos y las “visitadoras sociales” y veremos cómo operó y el significado que adquirió el género para la consolidación de su propio proyecto político. Por tal motivo, buscaremos reconocer por ejemplo, por qué un determinado tipo de conducta social y sexual de hombres y mujeres ha sido legitimada y naturalizada desde el poder a través de diversas instituciones, organizaciones sociales y políticas. Interrogaremos al pasado para comprender cómo ciertos discursos sobre la sexualidad humana,

producidos y legitimados al interior del cuerpo social, buscaron constituir la identidad de los sujetos en miras del modelo político y económico imperante. En palabras de Foucault (2008), nos interesará saber:

En qué forma, a través de qué canales, deslizándose a través de qué discursos llega el poder hasta las conductas más tenues y más individuales, que caminos les permiten avanzar de las formas más infrecuentes o apenas imperceptibles del deseo, cómo filtra y controla el placer cotidiano. (pág. 19)

Por medio del género, será significativo pensar cómo han llegado hasta nuestros cuerpos, ciertos discursos universales sobre la “naturaleza” humana y su sexualidad; cómo se han desfigurado o se han transformado en verdades, haciéndonos desear incluso, lo que se ha determinado socialmente para nosotros/as. En este sentido, nuestro trabajo pretende ser más bien una *historia del género* que sea capaz de demostrar los conflictos sociales y políticos que emergen de su propia construcción, así como las relaciones de poder y de dominación que encarna, legitima y reafirma en el orden simbólico.

Ahora bien, Marta Lamas plantea que pese a las diferencias que existen entre los postulados de la teoría feminista, todos coinciden en definir al género como un producto que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre los sexos, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de los hombres –lo masculino–, y lo que es “propio” de las mujeres –lo femenino. Pese a ello, para la antropóloga resulta relevante distinguir entre género y diferencia sexual, puesto que según ella, mujeres y hombres serían “producidos” por el lenguaje, las prácticas y representaciones simbólicas dentro de formaciones sociales dadas, pero también por procesos inconscientes vinculados a la simbolización de la diferencia sexual. Por tanto, preguntarse por cómo han sido inscritas, representadas y normadas la feminidad y la masculinidad, implicaría desarrollar un análisis de las prácticas simbólicas y los mecanismos

culturales que reproducen el poder a partir del eje de la diferencia sexual (psíquica), y que inciden en la constitución identitaria del sujeto. De esta forma, podríamos reconocer que lo que existe, sería un sistema sexo/género donde se involucra tanto la construcción psíquica de los sujetos a partir del sexo (identidades, deseos, fantasías sexuales), y la construcción social y cultural de lo femenino y lo masculino a partir de la diferencia sexual/psíquica.

Es por ello que, el género sería una construcción cultural densa que mueve y atraviesa todos los rincones de la organización social, y se cristaliza en una aparente estabilidad absoluta en el tiempo y en el espacio. De allí que la categoría contenga en sí misma la capacidad de trascender en la historia y sedimentarse en la sociedad como una estructura mental a partir de la cual percibimos el mundo y las relaciones sociales y sexuales entre hombres y mujeres. Sin embargo, según Judith Butler (1997):

El Género no es de ninguna manera, una identidad estable; tampoco es el locus operativo de donde procederán los diferentes actos; más bien, es una identidad débilmente constituida en el tiempo: una identidad instituida por una repetición estilizada de actos. (pág. 1)

Según la filósofa, el género sería una temporalidad social constituida, más que un modelo social de identidad, capaz de elaborar la ilusión de un yo generizado permanentemente hasta convertirlo en realidad. Pero será justamente, en esa repetición estilizada de actos, donde se encuentra la posibilidad de transformar el género. Esto quiere decir que no existen modelos de género, verdaderos o falsos, sino más bien una producción, una construcción de las identidades sexuales que penetra los cuerpos, las reproduce y legitima mediante coacción, haciéndolas aparecer por medio de su repetición como verdades universales en torno al cuerpo y la sexualidad. El género se hace, se reproduce y se refuerza en la sociedad a través de mecanismos que instauran y sostienen estructuras de dominación en los cuerpos. Identificar sus formas y cómo se ha hecho

parte de nos-otras/os, es la acción que nos entregará las estrategias para transformarlo y dislocar su funcionamiento en la cultura.

A raíz de ello y en materia de este libro, entenderemos que en todo escenario histórico existe y opera entonces, un sistema sexo/género que según Teresita de Barbieri (1992):

Son los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anátomo-fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y en general al relacionamiento entre las personas. (pág. 5)

Lo significativo es que dichos conjuntos, que han sido producidos histórica y culturalmente, operan, en términos sociales, como un imaginario. El sistema sexo/género se convierte en una matriz de sentido a partir de la cual le otorgamos significado a las relaciones sociales/sexuales entre hombres y mujeres. Por ello, desde este punto de vista, partiremos de la base de que tanto médicos como “visitadoras sociales”, percibieron el mundo popular desde la adscripción a un patrón de categorías de género con arreglo a formas de sentido global que sostuvieron o explicaron su propio mundo. Así pues, la feminidad/maternidad y la masculinidad/paternidad, operaron —a nuestro juicio— como un imaginario sexo/genérico que sería la arquitectura elemental a partir del cual fue posible adjudicar significados a los significantes (Gómez, 2001); significado a las prácticas sexuales populares. De este modo, podremos comprender cómo se hizo posible el acceso a la interpretación de lo social, pero en particular la interpretación de fenómenos sociales desconocidos para los médicos y “visitadoras sociales” y que se convirtieron en su objeto de estudio: *la sexualidad popular*.

En relación a estos planteamientos, nos parecerá notable destacar que en términos políticos, dicha interpretación de la sexualidad popular no pudo pensarse fuera del poder; porque el acto de otorgarle significados a las

conductas del pueblo siempre estuvo mediada por la labor de los y las profesionales. Dicho esto, consideraremos que la producción de *diagnósticos* sobre las causas que daban origen a los males de la época, puso en marcha toda una red de *saberes* sobre la sexualidad popular a partir de una idea, de un imaginario de género que no era universal, ni respondió a los principios de la *naturaleza humana*; sino más bien a la ideología moral/sexual de los médicos y las “visitadoras sociales”. Estos/as profesionales, por medio de la técnica de investigación científica: sujeta a hipótesis comprobables en su relación “objetiva” con los hombres y las mujeres del pueblo, a datos estadísticos, problemas medibles, cuantificables y a partir del estudio de los denominados “casos sociales”; determinaron lo que era correcto y lo que no, lo que era normal o anormal, moral o inmoral, etc. Como consecuencia de ello, consideramos que el imaginario de género operó ideológicamente puesto que no fue sometido a análisis, sino que más bien se asumió como una verdad, una matriz de sentido incuestionable para la comprensión de la sociedad y la definición de las conductas.

Así pues, consideraremos que la ideología moral/sexual de los/as profesionales se localizó directamente en el saber científico y social sobre la sexualidad popular. A partir de ella, definieron su problema de investigación, sus objetos de estudio, etc. y luego presentaron resultados. Fabricaron un saber que de antemano ya fue incitado por su propia ideología. En relación a esto M. Foucault (2009), reconoce que:

Si la cuestión de la ideología puede ser planteada a la ciencia es en la medida en que ésta, sin identificarse con el saber, pero sin borrarlo ni excluirlo, se localiza en él, estructura algunos de sus objetos, sistematiza algunos de sus enunciados, formaliza tales o cuales de sus conceptos y de sus estrategias; y en la medida en que esta elaboración escande el saber, lo modifica y lo redistribuye por una parte, lo confirma y lo deja valer por otra (...). (págs. 240-241)

Por este motivo, consideraremos que por medio de la producción del saber científico, los médicos y la “visitadoras sociales” fueron los/as encargados/as de elaborar y distribuir instrumentos de percepción de la realidad construida como mundo social, un mundo de vida (Gómez, 2001); pero siempre desde un imaginario atravesado por sus propias concepciones morales e ideológicas sobre la sexualidad.

Ante este problema, cabe señalar, que la investigación feminista se ha preocupado de cuestionar la producción de conocimiento científico, y ha puesto de manifiesto que ésta ha utilizado la polaridad sexual como datos supuestamente objetivos para la comprensión de fenómenos sociales. De este modo, la producción de conocimiento científico sobre la “realidad” es y ha sido, sin duda, androcéntrica, ya que se encuentra atravesada por una ideología, por un contexto de ideales culturales sobre lo femenino y lo masculino. Evelyn Fox Keller (1991) en *Reflexiones sobre Género y Ciencia*, cuestiona la idea de objetividad desde la cual se produce el conocimiento científico y ante ello reconoce que “lo que constituye la principal arrogancia, incluso la bravura, del hombre moderno, al mismo tiempo que revela su subjetividad peculiar es la inversión en impersonalidad, la pretensión de haber escapado a la influencia de los deseos, los anhelos y las creencias” (pág. 78).

Atendiendo a esto, lo que nos parece relevante en términos políticos, es que el imaginario de los médicos y las “visitadoras sociales” no necesariamente coincidió con la percepción que tuvieron los sujetos populares sobre su propia sexualidad, o con sus concepciones de la maternidad o la paternidad. Sin embargo, el lugar de poder desde dónde éstos/as se posicionaron para observar al pueblo les permitió ubicar su propio imaginario de sexo/género como el principio regulativo de las conductas. Así, su propio imaginario de género apareció como un modelo capaz de guiar el comportamiento de los sujetos como paradigmas que regulan las distintas esferas de la praxis y como consecuencia de ello, un determinado conjunto de símbolos, normas, valores, etc., produciría

efectos de realidad y afectaría las representaciones de un fenómeno social que se materializa en la praxis y en los discursos sociales junto con sus registros.

Por consiguiente, entenderemos que los diagnósticos—como instrumentos de saber—, fueron producidos por y desde la ideología moral/sexual de los médicos y las “visitadoras sociales”; pero al estar amparados en la Ciencia y en el Estado, serán incuestionables, legitimados y se convertirán en “verdad”. Una verdad, que en palabras de M. Foucault (1992): “está centrada en la forma del discurso científico y en las instituciones que lo producen; está sometida a una constante incitación económica y política (necesidad de verdad tanto para la producción como para el poder político)” (pág. 199).

En suma, consideramos que las implicancias políticas de esta acción son primordiales para comprender cómo la creación de un nuevo orden simbólico tuvo efectos de poder y definió ciertos marcos elementales de las conductas humanas. Todo en miras de un proyecto político que como veremos, tuvo por objetivo asegurar la estabilidad política del Estado-nación y de la economía capitalista. Así, la puesta en marcha de un régimen de verdad sobre la sexualidad, se llevó a cabo desde fuera del pueblo, sin consideración de sus propios discursos, saberes, emociones, deseos, etc. Estará producida y destinada hacia el poder. En decir, que serán los médicos y las “visitadoras sociales” quienes a partir de su ideología, definirán las conductas sexuales aceptadas como verdaderas. Toda una *“política general de la verdad”* (Foucault, 1992), destinada hacia el poder político institucional y hacia la economía capitalista.

Por ello, a través de estas páginas, veremos cómo los médicos y las “visitadoras sociales” llegaron a afirmar que el gran problema del pueblo era que éste no estaba capacitado para establecer una familia de manera legítima porque las mujeres y hombres desconocían absolutamente sus deberes sociales y morales como *madres y padres*. Desde su perspectiva,

con la creación de uniones familiares a través del contrato matrimonial, el hombre del pueblo dejaría de ser irresponsable y se haría cargo de su descendencia, se volvería productivo, abandonaría los vicios y evitaría la propagación de enfermedades de transmisión sexual al tener una pareja estable. Por su parte, al interior de la familia, la mujer del pueblo asumiría la maternidad como una función social y se encargaría del cuidado de sus hijos/as, dejaría la calle, el trabajo precario y en muchos casos la prostitución. Con todo esto, sería posible frenar la ampliación de problemas médicos como el quiebre del binomio madre-niño y detener la masificación de las enfermedades venéreas; y a su vez, sería posible impedir el avance de problemas sociales que tanto malestar habían generado entre la clase trabajadora: la pobreza, las enfermedades sociales, la mortalidad general e infantil y el abandono de menores en los hogares de huérfanos y hospitales.

Como se observa, la forma de significar las conductas del pueblo estuvo acompañada además, de un modelo ejemplar de organización de la vida sexual y afectiva centrada en la familia monoparental y heterosexual. Dentro de ella, machos y hembras del pueblo se convertirían en hombres y mujeres, cada uno/a con roles y deberes que definen y delimitan sus formas de comportamiento; siempre a partir de una norma, de un saber y de un discurso que ha reconocido como ideales y verdaderas un determinado tipo de conductas. Al interior de la familia la “naturaleza” del sexo quedaría borrada por la cultura y por la producción de “hombres” y “mujeres”, “padres” y “madres”. Por consiguiente, la incidencia política y económica de un saber científico sobre la familia como célula constitutiva del cuerpo social, radicaría en que ésta sería capaz de institucionalizar determinados roles sexuales funcionales al Estado y al capitalismo. Es decir, que la familia, en tanto que institución reguladora de las relaciones de parentesco, sería una construcción social ideológica que en el contexto histórico de nuestra investigación encontró en el saber científico y en el Estado las garantías—legales—necesarias para su producción y reproducción. Así, la familia como *realidad privada de*



*origen público* (Bourdieu, 1997), dentro de la cual se saturan las sexualidades y se establecen los comportamientos de los individuos; aparece como una estructura social donde tienen lugar todas las sexualidades aceptadas por el saber científico como *verdaderas* y las reproduce, las contiene y las proyecta hacia el espacio público para afianzar los planes establecidos y aumentar así el poder del Estado sobre los cuerpos (Foucault, 2008).

En esta línea de análisis, Gayle Rubin (1986) plantea que el parentesco y el matrimonio siempre forman parte de sistemas sociales totales, y siempre están ligados con ordenamientos económicos y políticos. Al interior de la familia se produce un disciplinamiento de las conductas sociales y sexuales, se prohíbe el incesto, se establece como norma la heterosexualidad y se desarrolla la división asimétrica de los sexos<sup>1</sup>. A raíz de ello, los sexos son divididos y deformados, y los niños andróginos y bisexuales son transformados en niños y niñas<sup>2</sup>. De esta forma, la conscripción del individuo en los sistemas de parentesco que han sido producidos política y económicamente, dejaría huellas en su psique por cuanto han determinado, a partir de la sexualidad biológica, lo que es propio de las mujeres y de los hombres. Entonces, el imaginario de género de los médicos y las “visitadoras sociales” supondrá que la instauración de un contrato sexual/matrimonial articularía dos espacios: uno privado/doméstico/femenino y otro público/político/masculino. En ellos mujeres y hombres asumirían sus deberes y ocupaciones sociales para el funcionamiento de la economía capitalista, ya que supone la producción

<sup>1</sup> G. Rubin establece esta afirmación a partir de los hallazgos de Levi Strauss en su estudio antropológico de los sistemas de parentesco y del intercambio de mujeres.

<sup>2</sup> Aporte del Psicoanálisis Freudiano que según G. Rubin contribuyen en la comprensión de la producción cultural de la sexualidad.

de dos esferas de trabajo<sup>3</sup>: una esfera pública/asalariada/masculina y una esfera privada/doméstica/naturalizada en el rol social/sexual de la mujer.

En esta línea de análisis, Hartman (1983) afirma que el capitalismo crea el trabajo asalariado para los hombres fuera del hogar al tiempo que exige que la mujer trabaje en el hogar a fin de reproducir trabajadores asalariados para el sistema capitalista. “*La mujer reproduce la mano de obra, proporciona cuidados psicológicos a los trabajadores y procura una isla de intimidad en un mar de alienación*” (pág. 4).

<sup>3</sup> “La división del trabajo por sexos, por lo tanto, puede ser vista como un “tabú”: un tabú contra la igualdad de hombres y mujeres, un tabú que divide los sexos en dos categorías mutuamente exclusivas, un tabú que exagera las diferencias biológicas y así crea el género. La división del trabajo puede ser vista también como un tabú contra los arreglos sexuales distintos de los que contengan por lo menos un hombre y una mujer, imponiendo así el matrimonio heterosexual.” En: Rubin, Gayle, “El Tráfico de Mujeres: notas sobre la economía política del sexo”. Revista Nueva Antropología, Volumen VIII, Número 30, México, 1996, Pág. 114.

“Un siglo después de Engels, cuando el capitalismo ya ha madurado, Zaretsky señala que el capitalismo no ha supuesto la incorporación de la mujer al trabajo en un plano de igualdad con el hombre. Lo que ha hecho el capital ha sido más bien crear una separación entre el hogar, la familia y la vida personal, por un lado y el lugar de trabajo, por otro.

(...) La exclusión de la mujer del trabajo asalariado es debida primordialmente al capitalismo, porque éste crea el trabajo asalariado fuera del hogar al tiempo que exige que la mujer trabaje en el hogar a fin de reproducir trabajadores asalariados para el sistema capitalista. La mujer reproduce la mano de obra, proporciona cuidados psicológicos a los trabajadores y procura una isla de intimidad en un mar de alienación. En opinión de Zaretsky, la mujer trabaja para el capital y no para el hombre; es sólo la separación entre el hogar y el lugar de trabajo y la privatización del trabajo doméstico provocada por el capitalismo lo que crea la apariencia de que la mujer trabaja para el hombre de forma privada en el hogar. La diferencia entre la apariencia de que la mujer trabaja para el hombre y la realidad de que la mujer trabaja para el capital ha dado lugar a que las energías del movimiento de la mujer estén mal encaminadas. La mujer debería reconocer que también forma parte de la clase obrera, aun cuando trabaje en casa.” En: Hartmann, Heidi; Un matrimonio mal avenido: hacia una unión más progresiva entre marxismo y feminismo, PAPERS DE LA FUNDACIÓ/88, <http://www.fcampalans.cat/archivos/papers/88.pdf>, Págs. 4-5.

Así pues, el imaginario de género desde dónde se posicionaron los “médicos” y las “visitadoras sociales”, supuso la existencia de deberes sociales, morales y sexuales para hombres y mujeres a partir de su naturaleza biológica y que debían ejercerse desde la infancia al interior de la familia. Esto significaba que tanto hombres como mujeres debían controlar sus impulsos sexuales y conducirlos hacia la reproducción de nuevas vidas que en el futuro se convertirían en futuras madres, ciudadanos y trabajadores que le darían riqueza y vigor al pueblo. De esta manera, al interior de la familia, las mujeres del pueblo deberían convertirse en madres y esposas, mientras que los hombres debían asumir su responsabilidad como padres y trabajadores.

Creemos que lo interesante de la ideología familiar que promovieron los médicos y las “visitadoras sociales” en sus diagnósticos, es que será –tal como platea P. Bourdieu (1997)– *una ficción bien fundada*, que buscó legitimarse en los cuerpos mediante la institución de unos valores y sentimientos adecuados (que no provinieron del mundo popular), para garantizar la integración de hombres y mujeres en una sola unidad, con deberes específicos para cada uno. Una labor de institución, donde el saber científico buscó controlar y elaborar un objeto afectivo y la socialización de la libido en miras de su propio proyecto político.

En suma, nos ha preocupado históricamente que se *habló* del pueblo. Pero que no fue el pueblo quien habló de sí y de su sexualidad, sino que fueron otros/as que desde el poder –*Estado/ciencia*–, desde su lugar en la sociedad –*elite*– y desde su visión de mundo –*imaginario de género*–; se empecinaron por identificar las conductas erradas del pueblo que debían ser modificadas para alcanzar el progreso de la nación. Por tanto, planteamos que fueron los médicos y las “visitadoras sociales” quienes asumieron la tarea científica de diagnosticar para crear realidad y para reconstruir la sexualidad popular bajo las normas de su propia ideología política sexual. De este modo, pondremos énfasis en el discurso de los médicos y las “visitadoras sociales” como un instrumento productor y

reproductor del poder, en un contexto donde resultó necesario reestablecer los lazos entre el pueblo y el Estado. Nos preocupará la producción de conocimiento científico sobre el pueblo y su sexualidad que se produjo desde la elite médica y asistencial, y que tuvo por objetivo incardinarse en los cuerpos de los sujetos con el fin de que éstos comenzaran a pensarse y a actuar en base a los lineamientos discursivos y simbólicos establecidos en los artículos y debates que se produjeron durante toda una década. Así, entenderemos la producción de diagnósticos como dispositivos de saber y de poder para construir la “*realidad*” sexual popular chilena y como instrumentos políticos creadores de significación de las conductas sexuales.

*Ni madres ni padres*, será entonces la afirmación que emerge desde el saber científico y que devela las relaciones de poder y las categorías de género que subyacen a la construcción de la *realidad sexual popular*.

### Una década de diagnóstico

Dicho todo esto, cabe señalar entonces, que la década comprendida entre 1927 y 1937 no solo fue un momento de la historia de Chile cargado de crisis sociales, políticas y económicas; sino que además fue una década en la que nuevos/as agentes sociales jugaron un papel político determinante en la afianzamiento del Estado. Los médicos y las “visitadoras sociales” se convirtieron en una fuerza modernizadora que no solo buscó transformar las políticas públicas de la época para mejorar las condiciones de vida del pueblo, sino que además buscaron las estrategias para fundar una nueva *hegemonía cultural* (Illanes, 2006). En ese marco de acción, la producción de diagnósticos sobre el origen de los males de la época y junto con ello, la construcción de la *realidad sexual popular*, fue fundamental para su proyecto político, puesto que puso en marcha la circulación de todo un aparato cultural y simbólico sobre la sexualidad que tuvo como objetivo dirigir las conductas sexuales del pueblo para la consagración de su propio

proyecto político. De este modo, la producción de saberes sobre el pueblo y su “anormalidad sexual”, les permitió construir una realidad que será la base científica para el diseño de las políticas públicas, pero también un principio normativo de las conductas sexuales desde donde los sujetos deberán pensarse a sí mismos. Así pues, la década en cuestión nos permite visibilizar cómo, bajo qué circunstancias y de qué manera la sexualidad popular se convirtió en un aspecto fundamental de la política nacional, y la producción de saberes científicos sobre ésta, en un aparato discursivo capaz de re-significar las prácticas sexuales populares.

Durante esta década, médicos y “visitadoras sociales” jugaron un rol político relevante en la configuración de toda una red de saberes que incidieron en la configuración del nuevo escenario histórico. La fundación del Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social en 1924, marcó el inicio de un amplio debate intelectual y científico que definió la política nacional modernizadora. Lo significativo de este periodo, es que pese a que los médicos ya habían debutado en Chile a fines del Siglo XIX con sus teorías higienistas; en este escenario su participación política fue cada vez más activa, ya que intervinieron en la política nacional creando políticas públicas, debatiendo en el congreso y circulando en diversos ministerios. Hacia 1931, formaron la AMECH<sup>4</sup> y este hito marcó la culminación de todo un trabajo intelectual y social de los médicos en Chile. Del mismo modo, las “visitadoras sociales” profesionalizaron su acción a partir de 1925 con la fundación de la Primera Escuela de Servicio Social perteneciente a la Junta Central de Beneficencia; y a partir de ese momento, se prepararon para acudir hasta los rincones más inhóspitos de la pobreza nacional para encontrarse con el pueblo que agonizaba al interior de los conventillos. Por ello, es que resulta relevante analizar sus discursos en un contexto en el que claramente su rol político fue determinante en la configuración de las relaciones entre Estado y pueblo.

<sup>4</sup> Asociación de Médicos de Chile. En el transcurso de esta investigación desarrollaremos en mayor profundidad el rol social y político de los médicos en este escenario histórico.

Tal como explicamos anteriormente, en estas décadas se publicaron numerosos artículos escritos por médicos y “visitadoras sociales”; pero debido al escenario de crisis social, política y económica del país, los debates se centraron principalmente en la necesidad de encontrar las causas de los problemas para proponer estrategias de cambio. Por ello, y en materia de este trabajo historiográfico, los diagnósticos producidos en esta década serán cruciales para evidenciar la ideología política y sexual desde donde se posicionaron los y las profesionales para observar al pueblo e identificar el origen de sus males, y construir su *realidad sexual*.

Las cuatro revistas estudiadas y analizadas para este trabajo historiográfico fueron: *Servicio Social*, *Beneficencia*, *Revista de Asistencia Social y Acción Social*. Todas ellas, corresponden a publicaciones periódicas donde médicos y “visitadoras sociales” escribieron diversos artículos de carácter científico, con el objetivo de evidenciar los problemas médicos y sociales de la época, elaborar diagnósticos y diseñar estrategias para resolverlos. Además, políticos y profesionales del derecho en Chile, escribieron artículos a partir de su experiencia profesional e intelectual, y en ellos presentaron nuevas variables de análisis para la comprensión de problemas médico-sociales; lo que demuestra el impacto y alcance de estas publicaciones.

Ciertamente, el público objetivo de estas revistas no fue el pueblo chileno; sino que éstas fueron dirigidas al estamento médico, a las mismas “visitadoras sociales”, a los políticos de la época, a quienes trabajan en el derecho público, etc. Todos representantes, en su mayoría, de los sectores medios que ingresaron con fuerza al interior de la elite tradicional oligárquica y que según Julio Pinto (Pinto & Salazar, 1999, págs. 41-43), contribuyeron en su transformación durante el siglo XX. Por tanto, éstas no fueron revistas que produjeron un conocimiento sobre el pueblo y sus males, desde el pueblo y para el pueblo; sino que más bien fueron revistas producidas desde y para una nueva elite chilena que se propuso desarrollar nuevas estrategias para restablecer los lazos rotos entre el

pueblo y el Estado. En suma, todas las revistas analizadas, circularon dentro del mismo medio político y social en el que habían sido fabricadas.

Con ello entonces, pretendemos dejar en claro que los problemas que en ellas se presentaron, fueron retratados o si se quiere, descritos, desde la mirada de sus autores/as; una mirada que —a nuestro juicio— no pudo abstraerse de la realidad a la cual ellos/as pertenecían, ni menos, del lugar de poder que la ciencia les había conferido.

A continuación presentamos el origen de cada una de las revistas, de los organismos e instituciones de las que se desprenden y los objetivos que dieron vida a estos cuerpos teóricos de producción de saberes médicos y asistenciales.

#### a.- Título: “*Servicio Social*”

Órgano de la Escuela de Servicio Social de la Junta de Beneficencia de Santiago. Santiago de Chile. (1927- 1969)

Orígenes: Revista de publicación Trimestral perteneciente a la Escuela de Servicio Social de Santiago que surge con apoyo de la Revista de Beneficencia Pública en marzo de 1927:

“La revista de beneficencia pública nos ofrece hoy su ayuda, dedicando algunas páginas de cada uno de sus números a nuestra disposición y que se reproducen aquí, formando este órgano de Servicio Social” (A nuestros Lectores, 1927, pág. 2)

#### Objetivos:

“Aceptamos gustosas esta hospitalidad amable esperanzadas en que el Servicio Social saliendo del mutismo a que hasta hoy estaba condenado, levante la voz juiciosa, entusiasta, una voz cuyos acentos vibren al unísono con la aprobación de la gran familia de los adeptos del Servicio Social, en bien del progreso y perfección de nuestro Chile.” (A nuestros Lectores, 1927)

## b.- Título: “*Beneficencia*”

Órgano de la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social. República de Chile; Ministerio de Bienestar Social. (1929-1932)

Orígenes: Revista mensual que surge el 15 de Febrero de 1929 en una reunión celebrada por la Honorable Junta Central de Beneficencia<sup>5</sup>, con el título de “Boletín de la dirección general de beneficencia y asistencia social”.

### Objetivos:

Su propósito es colaborar en la organización y robustecimiento de los servicios hospitalarios y de asistencia social, y tratar todas aquellas materias cuyo conocimiento y difusión se considere de necesidad para el mejor resultado de la labor que corresponde a las Juntas locales de la República<sup>6</sup> (Boletín de la dirección general de beneficencia y asistencia social, 1929, pág. 1)

<sup>5</sup> “La Junta central de Beneficencia tendrá por medio de los organismos que este reglamento establece, la administración de los fondos provenientes de la cuota de asistencia médica de la Ley de Seguro Obligatorio; el control general de la inversión de los fondos de las Tesorerías y Establecimientos de Beneficencia del País; el suministro de los medicamentos y material sanitario para los diversos establecimientos; la dirección técnica y la supervigilancia de todos los servicios de asistencia social y beneficencia pública”. En: “Boletín de la dirección general de beneficencia y asistencia social”, Año I, N° 1, Santiago de Chile, Febrero de 1929, Pág. 4.

<sup>6</sup> “Las Juntas locales de la República” como se nombran en el párrafo recién citado; corresponden a las Juntas de Beneficencia, dependientes de la Junta Central de Beneficencia y del presidente de la República. Están a cargo de: hospitales, sanatorios, servicios de obstetricia y puericultura, enfermedades venéreas y mentales; dispensarios y atención médica a domicilio; establecimientos para la crianza y educación de huérfanos y expósitos; para la atención de ancianos, inválidos y enfermos mentales crónicos; open doors, hospicios, lazaretos, cementerios; y todos aquellos establecimientos que en adelante se fundaren con fondos del Estado o con legados, donaciones o suscripciones destinados a la Beneficencia Pública. (Reglamento orgánico de las Juntas de Beneficencia. Santiago 18 de enero de 1929. Título 1, Artículo 1. Los establecimientos que de ellas dependan son personas Jurídicas y de derecho público.



c.- Título: *“Revista de Asistencia Social”*

(Nueva serie de la revista de Beneficencia Pública). Órgano de la Asociación chilena de Asistencia Social. Santiago de Chile. (1932-1944)

Orígenes: Revista trimestral que surge en 1932, como una nueva serie de la Revista de Beneficencia Pública que había sido creada en 1917 en el contexto del primer congreso de beneficencia Pública, y publicada hasta 1930.

Objetivos:

Orientación hacia una visión de perfeccionamiento en todo lo que significa la mejor atención al ser humano cuyo cuerpo se encuentra en falencia o que pida se le extienda una mano protectora para evitarle los males que le ofrenda el porvenir.

Si bajo el nombre de Revista de Asistencia Social se singulariza para salir nuevamente a la palestra, lo hace para abarcar justamente mejor bajo él, todo el significado de esos fines y que, si en un tiempo se desarrollaban bajo el santo manto de la caridad, siguen siendo benéficos. Pero tiempo era ya que esos beneficios asumieran de lleno en mayor grado, el carácter de deber social que modernamente llevan impreso, de ineludible función que incumbe a la colectividad desempeñar con la perfección que la ciencia y la experiencia le señalan.

La revista busca: “Representar los intereses de las ciencias en su aplicación al ramo, al estudio, en común de aquellas para penetrarse de su aplicación pública”.

La Revista, bajo el nuevo nombre, ha de servir a esta aplicación, divulgando los principios, las ideas, las opiniones, estrechando el lazo de comunes intereses y sirviendo al intercambio de esas ideas, de esas opiniones emitidas dentro de la medida, de la corrección y mutua consideración. Y vayamos a ello con decisión, sin desfallecimientos, con fe y entusiasmo. (Una palabra, 1932, págs. 1-2)

d.- Título: “Acción social”

Caja del Seguro Obligatorio, Ley N°4054; Santiago de Chile (1930-1948).

Orígenes: Revista de publicación periódica, perteneciente a la Caja de Seguro Obligatorio (Ley N° 4054) y publicada en Chile entre 1930 y 1948.

Objetivo: Buscó defender el desarrollo del Seguro Social Obligatorio en Chile, a través de la difusión de los resultados de la “Caja de Seguro Obligatorio”, correspondiente a la Ley N° 4054, aprobada en el parlamento, el 8 de septiembre de 1924:

Sin embargo, si tal es la brillante situación de estos organismos<sup>7</sup> y tan incontrarrestable es su influencia en todos los países, no es menos cierto que en aquellos, como el nuestro, están aún en el período de ensayo y, por lo tanto, expuestos a chocar con dificultades tan numerosas como imprevistas, es necesario estar siempre alerta en la defensa de su desarrollo.

Sabemos que muchas críticas que se levantan en su contra tienen su origen de la mayoría de los casos, en el desconocimiento de aquellas materias. Nuestro mayor interés está, pues, en aclarar dudas, rectificar afirmaciones y, sobre todo, en esparcir en el radio más amplio posible los resultados del Seguro.

Esta revista, cuya finalidad es la anteriormente expuesta, invita a todos los que se interesen por estos problemas a estudiarlos sin espíritu preconcebido y dentro de las directivas técnicas y científicas que medio siglo de existencia les han dado (Lo que significa el seguro social, 1930).

En consideración con todo lo expuesto, el periodo histórico seleccionado para nuestra investigación, comienza con la elaboración y publicación del primer número de la revista *Servicio Social* el año 1927 y termina en

<sup>7</sup> Hace referencia al Seguro Social y en particular a la Caja del Seguro Obligatorio en Chile.

1937<sup>8</sup>, un año antes de finalizar el segundo gobierno de Alessandri, ya que a nuestro juicio, a partir del gobierno de Pedro Aguirre Cerda, en 1939, entraríamos en un nuevo proceso político de recuperación del país en términos sociales y económicos; un proceso de implementación de nuevas técnicas o estrategias médicas y asistenciales, y la consagración del Estado de Bienestar en Chile.

Por otra parte, resulta necesario precisar que aun cuando en esta década las teorías higienistas circularon en Chile como un campo de conocimiento científico que en muchos casos sustentó los postulados de los médicos y las “visitadoras sociales”; queremos reconocer que en materia de esta investigación no nos hemos detenido en ellas para llevar a cabo el estudio de nuestras fuentes, ni tampoco nos hemos preocupado por demostrar cómo esta teoría incidió en la elaboración de los diagnósticos sobre la realidad médico-social chilena entre 1927 y 1937. Lo que nos ha interesado, particularmente, ha sido la naturalización de las categorías de género hegemónicas –feminidad/maternidad y masculinidad/paternidad– en el discurso científico de los médicos y las “visitadoras sociales” para hablar de las mujeres y los hombres del pueblo y de sus dificultades para convertirse en madres y padres. En este sentido, si bien trataremos de entregar algunos lineamientos históricos que nos permitan comprender la necesidad que tuvieron los médicos y las “visitadoras sociales” para reconocer las causas de la enfermedad del pueblo en el escenario histórico propuesto; no nos detendremos en analizar el impacto de la medicina social en Chile, ni tampoco en las prácticas y técnicas higienistas implementadas por el Estado en la primera mitad del Siglo XX, sino más bien, tal como señalamos anteriormente, buscaremos evidenciar los discursos, la ideología política sexual que operó en Chile en la primera mitad del siglo XX para definir, guiar y delimitar

<sup>8</sup> Cabe precisar que el fin de nuestro periodo no tendrá relación con el cese de las publicaciones de las revistas, sino más bien con el contexto histórico político, económico y social dentro del que se ponen en circulación dichas revistas.

las conductas sexuales de los hombres y mujeres del pueblo para la consolidación del Estado y de la economía capitalista.

Así pues, nos interesará dar un primer paso para historizar las relaciones sociales y sexuales en Chile y reconocer cómo el saber médico y asistencial cumplió un rol determinante en la instauración de categorías de género hegemónicas en la cultura nacional y que buscaron naturalizarse y legitimarse en los cuerpos de los sectores populares como si ser mujer u hombre (con todos los deberes morales y sociales que ello implica: maternidad responsable y padre proveedor por ejemplo.), fuera más un deber biológico, un producto de la naturaleza, que una construcción cultural e histórica. Con esto entonces, queremos aclarar que los objetivos de nuestra investigación se limitan a la necesidad de reconocer los imaginarios y discursos que subyacen la construcción del género y de “realidad” sexual popular en un contexto histórico determinado.

Sin duda alguna, la historia social chilena ha sido fundamental para comprender históricamente las relaciones de poder y de dominación que, en las primeras décadas del siglo XX, emergieron de la dinámica económica capitalista y sentaron las bases de la lucha de clases. Sin embargo, consideramos que hoy, es necesario aportar históricamente en la comprensión de otras formas del poder. En tal sentido, consideramos que el cuerpo y la sexualidad del pueblo, deben ser comprendidos históricamente como espacios políticos fundamentales para la constitución de un nuevo orden simbólico, que estableció las normas sociales y sexuales esenciales para el fortalecimiento del proyecto político y económico de las elites. Este enfoque nos permite visualizar que el poder produjo un orden simbólico capaz de naturalizar, a través del discurso científico, modelos ejemplares de feminidad y masculinidad, para dirigir las conductas sexuales del pueblo y reorganizar las fuerzas sociales para el fortalecimiento del Estado y la economía capitalista. De este modo, sobre la base de la historia cultural, nos preocuparemos de analizar el sentido y significados que adquiere el género —y los roles de género— en un

determinado contexto y cómo éste, a su vez, es capaz de significar otras relaciones de poder.

Por último, y siguiendo esta línea de análisis, nuestro “sujeto popular” no estará asociado única y exclusivamente al proletariado o a sus organizaciones sociales y políticas del periodo estudiado; sino que a su vez, hará referencia a un porcentaje importante de la población chilena que no fue parte de dichas formas de clasificación social, política y económica. Haremos referencia al jornalero (de trabajo esporádico y en diversas faenas según lo requiera el mercado), a la prostituta, a la mujer de pueblo sin oficio calificado (o directamente sin oficio) y al niño huacho. Esto a razón de que, bajo la mirada los médicos y las “visitadoras sociales”, si bien existía un número importante de hombres y mujeres del pueblo que pertenecían al mundo obrero, el mayor porcentaje de la población popular no tenía un oficio calificado y vivía a partir de lo que *caía* en el día a día. Por tanto, su estudio sobre la realidad médico social chilena y en consecuencia, la producción de sus diagnósticos, por lo general tuvo relación con la vida de este otro hombre y esta otra mujer del pueblo, que a su juicio, en su comportamiento social y sexual se reproducían y recaían la mayor cantidad de los males de la época. Y es que, si estos sujetos no formaban parte del sistema de producción capitalista, si estaban fuera de los límites de lo “civilizado” ¿Qué estrategias debían implementarse en Chile para que éstos/as asistieran al proceso de modernización del Estado y de la economía? Creemos pues, que en esta década los médicos y las “visitadoras sociales” fueron capaces de proponer nuevos saberes científicos modernizadores de las relaciones sociales, a través del dominio y control de la sexualidad *libre, inmoral y libertina* del pueblo. Una nueva forma de dominio cultural capaz de incorporar el pueblo al Estado y volverles funcionales al modelo económico.

## Nuestro libro

Atendiendo a todos estos elementos, es que hemos dividido este trabajo en tres capítulos. En el primero, denominado “La necesidad de un diagnóstico: El rol histórico de la Intelectualidad médica y asistencial (1927-1937)”; buscaremos dar a conocer el rol que cumplieron los médicos y las “visitadoras sociales” en Chile en un escenario de crisis sociales, económicas y políticas, así como las razones que motivaron su tarea política de diagnosticar y construir la “*realidad*” sexual popular. En este apartado, las investigaciones desarrolladas por la historiadora María Angélica Illanes sobre la salud pública y el rol histórico de las “visitadoras sociales” serán fundamentales para la contextualización de nuestro análisis histórico-teórico, ya que no solo son esclarecedoras en términos de acontecimientos, sino que además arrojan luces importantes sobre la importancia política del saber científico, el cuerpo y la sexualidad para la consolidación de un nuevo proyecto político en Chile y la redefinición las relaciones de poder entre Estado y pueblo. Nos parece que sus trabajos son la antesala histórica necesaria para poder problematizar la construcción cultural del género durante el siglo XX, pero también para visibilizar su importancia política, económica y su incidencia en la producción de un nuevo orden simbólico que, a nuestro parecer, subsiste hasta nuestros días. De las investigaciones desarrolladas por Illanes, tomaremos dos categorías que ella presenta y contextualiza históricamente, puesto que son fundamentales para el análisis histórico sobre la construcción cultural del género: *diagnóstico* y *realidad*. Por otra parte, serán relevantes los aportes de la historia social chilena para la comprensión de las relaciones de poder y de dominación entre Estado/capital y pueblo en la primera mitad del siglo XX, ya que éstas son variables imprescindibles para la comprensión de los discursos sobre el género y la sexualidad humana. Con esto queremos decir que, para comprender cómo ha operado el género en nuestra historia, así como las relaciones de poder que se dependen de su propia producción, necesitamos ver cómo se relaciona con los procesos políticos y

económicos de toda sociedad, y cómo se legitima en el orden simbólico a través de ellos. Debemos ver “la naturaleza recíproca de género y sociedad, y de las formas particulares y contextualmente específicas en que la política construye el género y el género construye la política” (Bondeiras, 2006, pág. 13).

En el segundo capítulo analizaremos el discurso médico y asistencial para evidenciar, a partir del análisis de fuentes históricas, la importancia que los/as profesionales de la medicina y del servicio social le confirieron al diagnóstico como instrumento de saber y productor de realidad. Nos interesará demostrar cómo a partir de ello, el diagnóstico se convirtió en un dispositivo de poder por cuanto fue creado para producir y difundir un discurso verdadero sobre la sexualidad humana que debía ser promovido por el Estado para asegurar la estabilidad política y económica del país. Finalmente, en el tercer capítulo, analizaremos los artículos escritos por médicos y “visitadoras sociales” en cuatro revistas de difusión científica: *Servicio Social*, *Beneficencia*, *Asistencia Social* y *Acción social* y reconstruiremos los problemas médicos y sociales que a juicio de los/as profesionales se originaban en el comportamiento social/sexual de los sectores populares. Por medio de esta acción identificaremos la “realidad” sexual popular que éstos construyeron al interior de las cuatro revistas analizadas y trabajaremos en evidenciar el imaginario sobre el comportamiento social y sexual y las categorías de género hegemónicas desde donde se observó al pueblo y se le convirtió en objeto de estudio. En este sentido, nos preocuparemos de evidenciar cómo operaron las categorías de feminidad/maternidad y masculinidad/paternidad en el discurso médico y asistencial en el proceso de significar las conductas sexuales del pueblo y construir su realidad.

Antes de finalizar, quisiera manifestar que nuestro propósito es abrir una sospecha, una inquietud histórica. Aquella que nos permita reconocer que no existe, ni ha existido en Chile, una sola forma de vivir o experimentar el deseo sexual. Ni que tampoco existe un orden natural que haya fijado el

comportamiento social y sexual de los hombres y mujeres; sino que más bien existen discursos, un entramado de saberes que legitimados por el poder y la ciencia han creado “realidad” y han instalado dentro de la sociedad una serie de normas para vivir el cuerpo, el deseo y la sexualidad. La invitación de esta investigación es a abrir un recorrido histórico por medio del cual podamos vislumbrar la existencia de otros saberes sobre la sexualidad popular ocultos bajo el velo de la ciencia, que nos permitan re-significar nuestro conocimiento sobre el pueblo y su pasado y re-construir la “realidad” sexual popular; para traer al presente nuevos códigos, nuevas formas de entender el cuerpo, la sexualidad y sobre todo el comportamiento social /sexual asociado a los roles de género. Pero esta vez más propios, más familiares, más populares. Por tanto, más que abordar un momento histórico específico y reproducirlo de manera acabada en estas páginas, hemos pretendido abrir un problema que no se resolverá aquí, sino que nos guiará a seguir buscando hasta en los lugares más recónditos de la memoria popular, su habla, su lenguaje, su forma de representar su vida, su existencia y su sexualidad.

De esta manera, esperamos que el olvido y los silencios de la historia de Rosa no se llenen de significados médicos y asistenciales. Esperamos que la “realidad” sexual popular deje de construirse desde una idea, desde una matriz de representaciones que han significado y dotado de sentido al cuerpo y a las relaciones sociales/sexuales entre hombres y mujeres.



## 1 LA NECESIDAD DE UN DIAGNÓSTICO.

### El rol histórico de la Intelectualidad médica y asistencial (1927-1937)

“ Y emprendió la tarea, la inmensa tarea, porque había que despertar el nuevo sentimiento de solidaridad en la élite que dirige, en el modesto obrero que no cree en ella, y también en el ciudadano oscuro que piensa vagamente que sus únicas obligaciones son trabajar y alimentarse, él y los suyos.”

Dr. Lucio Córdova.<sup>9</sup>

#### 1.1 Una política del cuerpo

Avanzaba el siglo XX en Chile y a sus cortos 20 años, las crisis económica, social y política internas, amenazaban la consolidación del proyecto de modernidad —impulsado por los Estados occidentales y la Industria Capitalista— que con tanto ahínco y entusiasmo las elites se habían esforzado por afianzar en el territorio sufriente del pueblo enfermo y hambriento. Chile se abalanzaba hacia una de las crisis económicas más monumentales de comienzos de siglo y vivía en *carne propia* las consecuencias de un sistema que mostraba de manera dramática el lado oscuro del *progreso* conseguido en la época parlamentaria.

En estas décadas, la miseria, el hambre y la enfermedad gobernaron cada uno de los rincones inhóspitos del territorio nacional y dieron curso a una oleada de movimientos sociales y huelgas sangrientas que marcaron la historia social chilena; pero a su vez, despertaron la necesidad del pueblo de transformar las bases del sistema capitalista.

Eran los años 20 y:

<sup>9</sup> Dr. Lucio Córdova, “Primer Código Sanitario de Chile (1918)”, *Servicio Social*, Año VI, Nº 4, Diciembre, 1932, Pág.270.

A las clásicas pestes, como la viruela, se sumaron las llamadas "enfermedades sociales" -la tuberculosis, la sífilis, el tifus exantemático-, que no era sino el cuadro clínico de la miseria, el hacinamiento y la carencia de una vivienda higiénica y humana en el marco de la emergencia de un capitalismo mercantil, industrial y manufacturero que pugna por imponerse en Chile con un afán de plusvalía absoluta. Miles de hombres, mujeres y niños sudaban la humedad oscura, el hambre, el cansancio de los interminables horarios de las fábricas y faenas. (Illanes, 1993, pág. 141)

El cuerpo del pueblo había sido dañado en toda su forma y expresión. Biológicamente se enfrentaba a la muerte y a las "enfermedades sociales"; materialmente el capitalismo lo exponía a condiciones de explotación que le imposibilitaban el acceso a condiciones materiales mínimas para su existencia; políticamente el Estado oligárquico y siempre sectario no legislaba a favor de sus demandas sociales, económicas y políticas; y culturalmente no había sido considerado para integrar el proyecto de modernidad nacional. Es por ello que para el movimiento obrero organizado, la sanación del pueblo debía ser fruto de una transformación de la sociedad basada en la fundación de un nuevo sistema económico y político-social; sin embargo los estallidos de protesta gestados desde el interior de los sectores obreros organizados:

fueron un llamado de alerta a los sectores más lúcidos de la clase patronal chilena, de los partidos políticos abiertos a la reforma, de la Iglesia, de los sectores medios y profesionales, de los militares y especialmente de una intelectualidad médica, la que fue quien supo finalmente abrir una salida a la crisis (Illanes, 1993, pág. 143).

Así, mientras el movimiento obrero cobraba una fuerza política y social sin precedentes<sup>10</sup> que buscaba dar solución a sus problemas, los grupos

<sup>10</sup> a) Organización Obrera Partidista: Partido Demócrata 1892, Partido Obrero Socialista en 1912, Partido Comunista 1922 y hacia 1933 el Partido Socialista; b) Expresiones de Unificación Popular como: la Confederación Obrera de Sociedades Unidas, las Mancomunales, el Congreso Social Obrero, la Gran Federación Obrera de Chile, la Asamblea Obrera de Alimentación Nacional y Sociedades de Socorros Mutuos.

dirigentes buscaban las estrategias para salvaguardar el orden establecido; situación que trajo como consecuencia *una disputa social y política por el cuerpo del pueblo* (Illanes, 1993), entre una y otra fuerza (obrero/dirigente), para encauzar la lucha y el descontento social hacia uno u otro lado de las fuerzas en oposición.

Con esto, se daba paso a la configuración de toda una red de discursos sobre el “cuerpo del pueblo” y de estrategias destinadas a resolver los problemas sociales que amenazaban la degeneración de la raza humana. El saber médico, sería desde entonces, gestor de una serie de políticas de intervención y reordenamiento de las fuerzas sociales; promoviendo y guiando la conformación del Estado Asistencial. Según María Angélica Illanes (1993):

El objetivo político del proyecto asistencial es "integracionista": busca restablecer los lazos rotos del pueblo con la clase dominante, por un lado, e incorporar al pueblo al ámbito de lo nacional, es decir, al Estado, por otro. Esto, a través de la apropiación del cuerpo sufriente y enfermo del pueblo para el restablecimiento de su salud y aseguramiento de su reproducción biológica, ante las condiciones límites que se vivían de abandono y muerte (pág. 143).

De esta manera, los “cuerpos dañados del pueblo”, se convirtieron en blancos de intervención, cambio y factores de política nacional. Así, y en la medida que el pueblo cobró el rostro de las grandes reformas sociales que el país necesitaba, el saber médico fue convocando a diversos sectores de la población para frenar la *inercia tradicional de la aristocracia*, siendo a su vez promotor de un nuevo proceso político que estableció las bases, de lo que Illanes (2006) ha denominado: *un nuevo pacto social (legal, bio-asistencial, educacional)*, que intentó disciplinar a la aristocracia, a los empresarios capitalistas, al pueblo y a las propias instituciones públicas, con el fin de subsanar el daño causado por el capitalismo; sin tocar, por supuesto, las condiciones productivas de la misma economía capitalista.

Lo relevante en términos históricos y políticos, es que dicho pacto social estuvo cargado de contradicciones, pues su motor no fue la justicia social, sino más bien la necesidad de reestablecer el vínculo entre el pueblo, las clases dominantes y el Estado. Solo así sería posible frenar cualquier proceso revolucionario que desestabilizara la institucionalidad política. Por ello, el nuevo Estado buscó consolidar su estabilidad a través de reformas que promovieron la sanación *técnico-biológica* de las problemáticas que aquejaba al país en ese entonces, instaurando una *revolución pasiva* desde arriba que ajustara a sus filas la combativa historia del movimiento obrero.

Así pues, este escenario se presentaba conflictivo y cargado de tensiones entre el discurso obrero y el discurso médico-científico, ya que:

Mientras para los profesionales biocientíficos la intervención sobre el cuerpo del pueblo consistía en impulsar una “revolución pasiva” desde arriba, en términos de una sanación técnico-biológica con el fin de equilibrar nuevamente el sistema global; para el nuevo movimiento obrero, la sanación del cuerpo del pueblo sería fruto de una intervención transformadora del sistema, impulsando una “revolución activa” estructural (Illanes, 2006, pág. 28)

Por este motivo, el movimiento obrero asistía a la configuración de un nuevo escenario político y jurídico que lentamente comenzaba a institucionalizar sus demandas, en oposición a su proyecto político de revolución activa estructural. Su relación con el Estado, quedaba sujeta a toda una red de agentes mediadores/as, encargados/as de disminuir la distancia entre una y otra fuerza: “visitadoras sociales”, enfermeras sanitarias, inspectores sanitarios y del trabajo, la investigación científico-social, la organización técnica (Illanes, 1993, pág. 145).

Es así como en ese espacio político de mediación entre Estado y pueblo, el saber científico-social cobró un rol fundamental, por cuanto fue capaz de establecer *verdades* sobre la realidad social nacional y de relacionar sus

postulados con las necesidades concretas del “cuerpo del pueblo”. Esta acción facilitó la incorporación de la sociedad a tratamientos e intervenciones específicas, destinadas a solucionar la enfermedad que causaba el malestar y la desestructuración del sistema social. Pero lo significativo de esta práctica científica, es que la incorporación del pueblo, fue posible gracias a una transformación en el carácter de hacer política en Chile, pues todos los actores sociales, políticos y económicos debieron incorporarse en ese proyecto, incluyendo a las clases dominantes, al Estado e incluso a la Iglesia.

Según Illanes, de la muerte, la enfermedad y el abandono del “cuerpo del pueblo” surgió en Chile un espacio para la reivindicación histórica de los movimientos sociales, pero a su vez, ese espacio se convirtió en el lugar donde fue posible iniciar una serie de políticas asistencialistas que permitieron calmar las necesidades del pueblo en función de las necesidades de la clase dominante y la legitimidad del Estado. El problema social que vivía el país dio cabida al desarrollo de un movimiento médico/asistencial capaz de contrarrestar la fuerza de los movimientos sociales, buscar el orden, el progreso de la nación y la modernidad. Solucionar la enfermedad del cuerpo del pueblo chileno era desde ese momento, una tarea política que el Estado debía asumir como propia para hacer efectiva la integración de los sectores antes marginados, vulnerados por el capitalismo y la clase dominante. Así, frenar los movimientos sociales significaba establecer una serie de estrategias que buscaron mejorar sus condiciones precarias de vida, la enfermedad y el problema moral que atentaban contra el desarrollo del país.

La intelectualidad médica y asistencial chilena fue, desde ese momento, la encargada de guiar el proceso histórico de reconstrucción de la sociedad. Allí sus conocimientos y modo científico de explicar los problemas sociales, se convirtieron en verdades capaces de replantear la organización del Estado en base a una serie de estrategias bio-médicas y asistenciales

para restablecer los lazos entre gobernantes y gobernados en pro de la paz social:

Un desafío *biocientífico* concebido como misión salvadora de la civilización occidental, planteado y practicado como una “guerra por otros medios”: guerra conducida por oficiales “de delantal blanco” y cuyas huestes (femeninas) avanzaban por el campo de batalla a pacificar las iras provocadas por la miseria y la represión. Se trataba de un momento histórico decisivo, cuando la conquista y la organización social por las armas no bastaban; era necesaria la fundación de una nueva hegemonía cultural. (Illanes, 2006, pág. 26)

Lo que nos parece relevante de esta cuestión, es que podemos visibilizar cómo la producción de verdades científicas sobre el pueblo se convirtió en un instrumento de poder por cuanto es capaz de fundar una nueva hegemonía cultural que no contempla las verdades que movilizaron al pueblo contra la clase dominante, sino que las dirige, las moviliza hacia la consolidación del nuevo Estado Asistencial. En ese marco, las necesidades del pueblo son datos, cuestiones que deben ser resueltas a partir de los fundamentos ideológicos de los médicos y de las “visitadoras sociales”; y que desde la ciencia, le dan sentido y explicación a la crisis social y política del país. Así pues, el saber científico sobre lo popular y la profilaxia de la pobreza, se convirtieron en las estrategias modernas para comprender la sociedad y enfrentar los problemas desprendidos de la dinámica social capitalista. Proyectos y desarraigos de la clase obrera y popular determinados por el saber científico y el accionar del nuevo Estado Asistencial Sanitario.

## 1.2 Chile y la crisis mundial del capitalismo

Ad portas de la década de los años 30, la crisis política chilena terminó por agudizarse con la caída de la Bolsa de Nueva York en 1929. Desde 1927, los gobiernos de Carlos Ibáñez, Juan Esteban Montero y la Junta Militar Revolucionaria de 1932, marcaron la historia de los conflictos sociales y políticos desencadenados desde 1920 y dieron curso a una política de intervención directa en la organización de la subsistencia de la población.

La crisis económica mundial desatada en el epicentro del mercado de valores estadounidense, impactó directamente en la economía nacional y tuvo graves repercusiones sociales y políticas. Como consecuencia, si la denominada *Cuestión Social* en Chile había cobrado la fisonomía de las grandes movilizaciones sociales de comienzos del siglo XX y de la modernización de las organizaciones obreras; el escenario histórico de la crisis del capitalismo mundial se convirtió en la muestra indiscutible de las falencias de la economía nacional y de la precariedad de la vida de los sectores populares. Por ello, según Gabriel Salazar (1999), esta situación no demoró en acentuar los conflictos sociales.

Julio Pinto (2002) , plantea que los efectos de la Gran Depresión fueron, en el corto plazo, devastadores para Chile ya que se convirtió —según un informe de la Liga de las Naciones— en el más golpeado del mundo por este fenómeno. El índice de actividad minera que era la más sensible a la demanda exterior, disminuyó casi en un 75%, lo que se tradujo en cesantía de unas dos terceras partes de la fuerza de trabajo que se desempeñaba en dichas faenas; además de la baja productiva en el rubro de la construcción que aportó con un gran contingente de desocupados. El producto Geográfico Bruto se contrajo en los años más profundos de la crisis en más de un 45% en términos absolutos y un 48% medio per cápita (Pinto & Salazar, 2002, págs. 35-36). El problema, es que debido a que la economía nacional dependía completamente del comercio

internacional, tardó toda la década de 1930 en recuperar esas cifras e idear nuevas estrategias económicas. Por tanto la crisis se dejó sentir hasta los albores de los años 40.

En dicho escenario de crisis, la intelectualidad médica cobró un papel fundamental en la reorganización del Estado. Primero participaron en la destitución de la dictadura de Carlos Ibáñez para instalar la candidatura de Juan Esteban Montero (1931); y más tarde contribuyeron en la organización sanitaria de las políticas de Estado. En base a ello, y en la medida en que ésta asumió como propia la tarea de solucionar los problemas, la miseria y la represión a la que había sido expuesto el pueblo por la administración del Estado, fue cobrando una fuerza política sin precedentes que impactó directamente en la configuración de los conflictos políticos durante toda la década de 1930.

Ahora bien, sobre la base de la Constitución Política de 1925, la legitimidad del Estado se convirtió en el pilar de las elites para consolidar su poder y su autoridad deslegitimada por la crisis económica y los movimientos sociales. Esto provocó que el manejo de la crisis implicara a partir de 1931, un nuevo protagonismo e intervencionismo de Estado que se prolongó más allá de la misma coyuntura histórica<sup>11</sup> a partir de un discurso con credibilidad que les permitiera estabilizar su dominación. En pocas palabras: *conquistar para sí como trofeo de legitimidad*. (Pinto & Salazar, 1999, pág. 151) De este modo, las grandes demandas sociales fueron resueltas desde un populismo asistencial que contempló solo el carácter “peticionista” del proletariado industrial. Así, cuando la crisis llegó al fondo de su depresión en 1932, el movimiento popular no construyó ningún proyecto alternativo a la construcción estatal, sino que más bien se disciplinó bajo su legalidad. Incluso, la Junta Militar de 1932

<sup>11</sup> Una de las medidas que expresará el intervencionismo de estado a partir de la crisis será el *Ministerio de Bienestar Social* (anterior Ministerio de Salubridad, Asistencia Social, Previsión Social y Trabajo de 1924), adoptado en el gobierno de Ibáñez y la Inspección General del Trabajo.



no trajo consigo el socialismo liderado por la vanguardia política del movimiento obrero organizado, ni tampoco tuvo como sustento la ideología marxista-leninista; sino que ésta, más bien desde arriba, se convirtió en un dique capaz de frenar la situación insostenible producida por la crisis capitalista.

Pese a ello, el control social, político y económico de la Junta Militar de 1932, alarmó a los señores de la clase patronal que no tardaron en ponerse en acción. Así pues, emergieron las guardias cívicas dispuestas a sobrepasar la institucionalidad castrense. Los médicos no estuvieron ausentes de esta acción civil e incluso jugaron un papel protagónico. En efecto, en junio de 1932, se creó la llamada *Una Tricolor*, guardia cívica clandestina dirigida por el médico Waldemar Coutts y los médicos Julio Schwarzenberg, Sótero del Río, Ítalo Alessandrini, Aníbal Ariztía y Leonardo Guzman y otros señores como Eulogio Sánchez (emparentado con el Dr. Schwarzenberg y acaudalado hombre de negocios), Jorge de la Cuadra, Diego Sutil, entre otros. La Una Tricolor se desarrolló también en provincias, especialmente en Valparaíso, cuyo organizador fue el Dr. Gustavo Fricke. Allí reunió a trescientos voluntarios con el objeto de evitar disturbios populares. En Valdivia, llegó a tener medio millar de adherentes (Illanes, 1993, págs. 256-257). A partir de entonces, surgió la Milicia Republicana organizada de manera clandestina y militarizada bajo el lema: “Orden, Paz. Hogar y Patria”, que incluyó en gran parte a los adherentes de la Una Tricolor. En Octubre de 1932 aparecieron públicamente por primera vez *con mil setecientos hombres perfectamente armados y dos aviones civiles* y en su declaración pública con contenido pluripartidista, advertían que su unidad estaba dada por la *firme decisión de luchar contra toda tiranía civil o militar, de arriba o de abajo* (Illanes, 1993, págs. 256-257).

Cuando la Junta Militar fue derrocada, Arturo Alessandri nuevamente tomó la Presidencia de la República y desde ese lugar intentó controlar toda la fuerza social que presionaba el sistema de poder. Allí, y

declarando su irrestricta lealtad a la Constitución Política de 1925, indicó a todos los movimientos sociales que su posición frente al Estado no era de soberanía, sino de ciudadanos a quienes sólo competía hacer uso del constitucional “*derecho a petición*” (Pinto & Salazar, 1999) . El problema fue que bajo su segundo gobierno<sup>12</sup>, la fuerte crisis no dejó de sentirse en cada uno de los rincones del país. Al contrario, la enfermedad, el hambre, la muerte y las luchas sociales permanecieron en escena y volvieron a convertirse en un problema político. Por eso, para dar solución a la crisis, fue necesario reconfigurar toda una política asistencial Estatal, liderada por los médicos y su capacidad de dar respuesta científica-técnica a los problemas nacionales.

En suma, el control de la crisis y la recuperación del Estado no podían hacerse efectivos si no era a partir de una praxis política que contemplara hasta los espacios más recónditos de la vida del *cuerpo del pueblo*. Quedaba claro que el restablecimiento del orden social, político y económico, solo podía conseguirse por medio de toda una red de discursos y saberes científicos dispuestos a reorganizar las políticas del Estado y al individuo mismo.

<sup>12</sup> Entre 1932 y 1938.

### 1.3 El malestar de la pobreza

Aun cuando las políticas estatales parecían afianzarse; la enfermedad, el hambre, la prostitución, el alcoholismo y la muerte gobernaban cada uno de los rincones del país, dejando ver la miseria y la pobreza extrema de un pueblo azotado por la crisis y excluido de la reconstitución del Estado. Era 1932 y Alessandri visualizaba desde su sitial presidencial los estragos de la crisis capitalista en el cuerpo del pueblo. La propagación del piojo que picaba el tifus exantemático, masificó la infección entre la gente más pobre y llevó al Estado a usar la fuerza y la violencia quemando sus ropajes en los conventillos, expulsándolos de sus casas para despiojarlos, aislarlos y tratarlos en improvisados recintos.

Oportuno el piojo —dice María Angélica Illanes— para el contexto de crisis y agitación del país, ya que a razón de su existencia se clausuraron locales de reunión, se impidieron los grupos y aglomeraciones en locales o espacios abiertos, se suspendieron las diversiones públicas, transitaba carabineros por los conventillos y concentraba su acción en los albergues, plazas y calles, cual perrera recogiendo hombres botados, hediondos, enfermos, borrachos. *Con la peste, la nación pasaba a estar en Estado de Sitio* (Illanes, 1993).

El panorama nacional y médico-social en la década de 1930 era el siguiente:

La mortalidad infantil en 1933 alcanzaba a 232 por mil nacidos vivos, hijos casi todos los padres enfermos, alcohólicos y mal nutridos. La ciudad de Concepción tenía "el triste privilegio de ser la ciudad con la más alta mortalidad infantil conocida en el mundo occidental: 328 por mil". La tuberculosis mataba anualmente, según estadísticas del Seguro Obrero, a 18 mil personas, alcanzando una tasa anual de más de 308 por 1000 muertos por tuberculosis. El consumo medio anual de vino por habitante era de sesenta y un litros y catorce litros de cerveza. En 1928, carabineros

había apresado a 109.114 ebrios en las calles de las ciudades del país, cometiéndose ese año 38.833 delitos en estado de ebriedad. De un censo realizado en Santiago por médicos inspectores y enfermeras sociales y sanitarias se deducía que de los 1.531 conventillos visitados, el 65% estaba en pésimas condiciones sanitarias por escasez de luz, agua y alcantarillado. En cada pieza de esos conventillos vivía un término medio de cinco personas en estado de promiscuidad, aire viciado y desaseo. De un censo realizado en 106 poblaciones (en ciudades y aldeas), se encontró que en 321.318 viviendas -ranchos con piso de tierra y techados sin cielo raso- habitaban 1.719.000 personas, sin alcantarillado ni agua potable. Datos consignados por la Dirección General de Sanidad constataban en el país solo un millón doscientos mil habitantes con servicio de agua potable, de manera que dos millones setecientos mil no lo tenían. Únicamente 908 mil personas en todo el país gozaban de alcantarillado. (Illanes, 1993, pág. 259)

El cuadro clínico de la miseria era evidente. Las enfermedades venéreas se masificaron en la población empobrecida y cesante con la incrementación de la prostitución en el país. La sífilis y gonorrea perturbaban la vida de muchas mujeres y provocaban una elevada tasa de abortos, partos prematuros, muerte de niños y niñas en la primera infancia siendo muy pocos/as los/as que tenían probabilidades de salvarse. Además, de ello las enfermedades de transmisión sexual eran causa de ceguera e invalidez de miles de individuos y se convirtieron en una sustancial causa de mortalidad para hombres y mujeres que no alcanzaban a sobrepasar los 20 o 30 años de edad.

Entre 1910 y 1938 las tasas de mortalidad en Chile eran las siguientes:

**Tabla 1.**  
**Mortalidad General en Chile desde 1910 a 1938.**

| AÑOS | TOTAL    | POR MIL HABS. |
|------|----------|---------------|
| 1910 | 106.073  | 31,7          |
| 1911 | 107.816  | 31,9          |
| 1912 | 103.905  | 30,4          |
| 1913 | 107.200  | 31            |
| 1914 | 100.059  | 28,6          |
| 1915 | 96.716   | 27,3          |
| 1916 | 99.856   | 27,9          |
| 1917 | 107.199  | 29,6          |
| 1918 | 108.667  | 29,7          |
| 1919 | 137.538  | 27,2          |
| 1920 | 115.428  | 31            |
| 1921 | 124.193  | 32,9          |
| 1922 | 108.756  | 28,6          |
| 1923 | 126.877  | 33            |
| 1924 | 114.172  | 29,5          |
| 1925 | 108.787  | 27,7          |
| 1926 | 108.251  | 27,2          |
| 1927 | 105.553  | 26,2          |
| 1928 | 101.728  | 24,7          |
| 1929 | 110.066  | 26,2          |
| 1930 | 105.140  | 24,7          |
| 1931 | 95.189   | 22            |
| 1932 | 99.664   | 22,8          |
| 1933 | 118.432  | 26,8          |
| 1934 | 119.078  | 26,8          |
| 1935 | 112.364  | 25            |
| 1936 | 114.376  | 25,3          |
| 1937 | 109.795  | 24            |
| 1938 | 113.723. | 24,5          |

Fuente: Allende, Salvador (1939), *La Realidad Médico-Social Chilena*, Chile: Ministerio de Salubridad de Chile. Pág. 21.

Según el médico Salvador Allende, aun cuando las tasas de mortalidad mostraban una disminución a partir de 1927, respecto de la tasa más alta de mortalidad alcanzada en 1919 con 137 mil 538 muertos, ésta no

alcanzaba parangón con la proporción en que había disminuido la mortalidad general en otros países. De hecho, resultaba preocupante que otros países de América Latina que en el siglo anterior habían tenido una población del mismo orden numérico o aún inferior, habían sobrepasado a Chile considerablemente. Por tanto, hacia 1939 Allende afirmó que en el escenario histórico que describimos, la institucionalización de las prácticas higiénicas que cumplían más de diez años en el país, habían fracasado.

Estos datos estadísticos demostraban que la crisis económica había golpeado con fuerza al Estado; pero también demostraban que ésta se había convertido en el germen que hizo proliferar los problemas sociales y la enfermedad en los sectores más vulnerables de la población. Sus efectos mortales despertaron la necesidad de la intelectualidad médica por entregar sus conocimientos y contribuir en la salvación de la nación. Ya no podían mantenerse indiferentes frente a tanta desgracia, ni asumir una postura contemplativa, sino que debían convertirse en guardianes de la vida del pueblo que aclamaba con urgencia su sobrevivencia. Más allá de los partidos políticos, su acción debía tomar contacto con el dolor humano.

Otro problema que despertó gran preocupación en esta década fue la mortalidad infantil. En la década de 1930, Chile se situaba dentro de las estadísticas de mortalidad infantil más altas del mundo y sus cifras se convirtieron en un indicador de salud y del estándar de vida que contribuían en nuestro subdesarrollo; pero además evidenciaron la gran cantidad de hijos ilegítimos existentes en Chile, fruto de las uniones ilegítimas entre los hombres y las mujeres del pueblo. El Dr. Salvador Allende (1939) describió esta situación de la siguiente manera:

Por cada veinte partos, nace un niño muerto. La mortalidad nuestra equivale al 50,5% de los nacidos vivos; por cada mil nacidos vivos mueren doscientos cincuenta. Por cada diez niños nacidos vivos muere uno antes del primer mes de vida; la cuarta parte, antes del primer año; y casi la mitad antes de cumplir nueve años. Cuatrocientos mil niños no concurren anualmente a ninguna Escuela, lo que representa el 42% de la población en edad escolar. Tenemos seiscientos mil jóvenes analfabetos. El 27,9% de los nacidos vivos son hijos ilegítimos, cifra ésta la más alta entre los países civilizados (pág. 4).

A razón de esto se concluyó que para disminuir dichas tasas, resultaba necesario implementar toda una política de Estado que legalizara las relaciones libres del pueblo para que no existieran hijos ilegítimos que fuesen abandonados por sus padres y sus madres quedando expuestos a la muerte. Se consideraba a su vez, que la no existencia de un núcleo familiar sólido dentro de las estructuras sociales del pueblo, contribuía en la reproducción de la miseria, la muerte y el abandono de cientos/as de niños/as en hogares de huérfanos/as; ya que al no existir un padre responsable de su descendencia, la madre se veía obligada, en muchos casos, a abandonar a sus hijos/as, a abortar e incluso a prostituirse para lograr satisfacer necesidades mínimas que le permitieran sobrevivir. El hombre, por su parte, al no tener un deber legal con sus hijos/as y al ser consciente de su miseria, se volcaba hacia el alcohol que terminaba por afectar su salud y su productividad laboral. Todos estos factores, según los/as especialistas, incidían en la herencia del niño y de las nuevas generaciones que se verían afectadas por el modo de vida de sus padres.

Bajo estos argumentos, la prostitución, la delincuencia, el alcoholismo, la vagancia, el abandono, la crisis moral del pueblo, e incluso las enfermedades de transmisión sexual, etc. fueron considerados factores de riesgo que limitaban el futuro de la sociedad y que condenaban a la nación a la degeneración de la raza. Lamentablemente, la pobreza había penetrado en el cuerpo de miles de hombres, mujeres y niños/as y se manifestaba en un espectáculo trágico, donde la muerte y la enfermedad habían ganado un papel protagónico. Desde ese momento, los médicos y

las “visitadoras sociales”, también protagonistas de esta historia, emprendieron la tarea de recuperar la vida del pueblo, desde sí, desde su lugar en el hemicycle del poder.

## 1.4 La Intelectualidad Médica

En 1931 se conformó la Asociación Médica de Chile (AMECH)<sup>13</sup>. Al interior de ella, un grupo de médicos inició una tarea médico social, sin entrar en la arena del conflicto político- social. En ese marco de acción, la *técnica* les permitió tratar la miseria y la explotación en términos de datos, y les dio las estrategias para facilitar soluciones científicas a los problemas estadísticos de la población.

El pensamiento tecnocrático de estos médicos los llevó a pensar en los trabajadores como parte de un engranaje donde todas las piezas eran

<sup>13</sup> “La evolución y las luchas de la AMECH constituyen un capítulo principal de la trayectoria del corporativismo médico, profundamente relacionado con el período de la historia nacional que se inicia con la recuperación de la estabilidad política a fines de 1932, con la formación de los Frentes Populares y con la historia de la institucionalidad sanitaria nacional del siglo XX.

La AMECH nació en 1931 y se definió como un sindicato científico que aspiró a coordinar la labor de los médicos así como a propiciar la formación de técnicos especializados en funciones sociales, organizados en su trabajo en un plano unitario, con autonomía exclusiva en la administración de los servicios y en cuyas manos, en tanto colectividad médica, debían fijarse la dirección y el control de la atención preventiva o curativa de los enfermos y de la ética profesional.

Se trató de una transmutación de los médicos que de abnegados sacerdotes, se erigieron en un estamento técnico que aspiró al monopolio del saber y de la práctica médica, asumido plenamente, sin dejar de establecer una clara equidistancia entre la Asociación y los partidos políticos. Al decir de Illanes, sus miembros poseían un profundo sentido de responsabilidad ciudadana, abandonaron sus laboratorios de trabajo y asumieron un compromiso con el diseño del porvenir nacional.”

Carlos Molina Bustos, “Orígenes de la Asociación Médica de Chile: una mirada crítica”. En: <http://www.gobernabilidad.cl/modules.php?name=News&file=print&sid=2063>



fundamentales; por lo que era deber de este estamento garantizar el acceso de todos los grupos sociales a la salud y al progreso científico. Como tarea histórica, el médico debía aumentar las defensas del hombre en términos estrictamente biológicos, ya que éste, como luchador dentro de la sociedad libre mercantil, debía estar preparado con el mayor vigor posible para enfrentar la vida y ser funcional al engranaje al cual pertenece. De allí que la habitación, la alimentación y la vida exterior debían ser compatibles con lo señalado por la higiene personal.

Por otro lado, el sector de médicos jóvenes de la AMECH desarrolló un planteamiento integrador de lo técnico y lo social, en aras de la justicia y la equidad. Éste tuvo como propósito salvar la vida del hombre como individuo y como especie dentro de un mundo en permanente guerra y violencia. Para ellos, la medicina era también una ciencia social que podía mejorar las condiciones del pueblo y su salud, por lo que el concepto de “medicina social” se convirtió en el fundamento de su acción. A su parecer, el Estado debía ponerse a su servicio ya que sólo la técnica y la ciencia estaban capacitadas para solucionar el problema social.

Ahora bien, independiente de la divergencia de pensamiento al interior del cuerpo médico y de una serie de tensiones desatadas durante la década del treinta producto de una fuerte crítica a la organización aristocrática de la misma, los conflictos sociales y el rostro de la pobreza seguían estando allí, inmóviles. Por tanto la conciencia, la crítica y los debates acerca de la organización de la técnica, tuvieron como resultado la manifestación clara de un saber médico que se expresó en escritos, estudios y encuestas para comprender la vida del pueblo. La necesidad de un cambio de estructura les llevó a pensar, problematizar y dar soluciones técnicas a la enfermedad del pueblo, pero siempre desde su propio lugar de poder, desde su lugar del conocimiento. De este modo y aun cuando una fracción de la AMECH habló de justicia, no lo hizo desde la necesidad de formar un proyecto conjunto con la clase popular para transformar la estructura política, sino que lo hizo desde su lugar siendo el pueblo su objeto de

estudio. Esto significó que el estamento médico —en su división— buscó dar respuesta técnica-científica a los problemas sociales y como resultado de ello fue construyendo la “realidad” de lo popular desde sí, desde su clase social, desde su lugar en la producción de conocimiento científico y estadístico sobre la vida cotidiana.

En relación a esto último, cabe señalar que en esta década los discursos emitidos por los médicos sobre las condiciones de vida de los sectores populares, ratificaron que éstas eran el resultado de sus deficientes e ilegítimas formas de comportamiento. Por ello, pese a que reconocieron que la solución de los problemas sociales provocados por la crisis dependía en gran medida de una reorganización de las políticas del Estado y de la economía, consideraron que la transformación de las formas de vida y comportamiento de los grupos populares era extremadamente necesaria. Así pues, sus convicciones políticas incluyeron también toda una ideología política sexual que a su juicio les permitiría dar soluciones a la crisis. Determinadas formas de comportamiento social/sexual se convirtieron en lineamientos indiscutibles y necesarios para guiar las conductas humanas dentro del Estado moderno. Así, y en la medida que los médicos fueron ganando poder y legitimidad dentro de la política nacional, difundieron sus convicciones ideológicas a través de la técnica científica y de las estrategias propuestas para la reparación de la crisis.

Hacia 1935, el conflicto social y político fue cobrando otro cariz. Mientras las clases patronales miraban cómo mejoraba su escenario económico, el pueblo se veía afectado por el costo de la vida. Así pues, mientras la carestía de la vida de los sectores populares aumentaba, se crearon diversas políticas de recuperación económica que hicieron crecer la especulación y el lucro de las clases patronales. Por ello, al interior del congreso las discusiones políticas se volvieron cada vez más tensas ya que se enfrentaron dos fuerzas que, por una parte, cimentaban leyes favorables a los intereses de las clases empresariales; y por otra, elaboraban leyes dispuestas a proteger a los empleados como la ley de salario mínimo en

1936. En ese marco, emergieron una serie de políticas estatales para subsanar los problemas sociales que se hacían carne al interior de los conventillos. La iglesia, las instituciones asistenciales, La Cruz Roja de Mujeres de Chile, profesores y profesionales se organizaban para salvar a la clase Obrera. Se realizaron colectas, Ollas infantiles, Escuelas para artesanos, capacitaciones de alimentación para que mujeres aprendieran a cocinar con artículos baratos, los médicos atendían gratuitamente al mismo tiempo que daban charlas antivenéreas para educar a la población.

Con el despliegue de toda esta acción social y bajo el escenario de crisis, surgió entre los médicos el concepto de Medicina Preventiva. Éste puso en jaque los intereses de las clases patronales ya que buscaba establecer proyectos sociales a largo plazo. Su principal objetivo político fue dejar atrás la caridad que tenía como objeto al enfermo y desvalido; para instalar otro principio: uno que tiene como objeto al *ciudadano* en plena capacidad y derecho, vinculado directamente al Estado-nación. Por ello en 1937, Alessandri junto con el Ministro de Salubridad Dr. Cruz-Coke enviaron al Congreso un proyecto de Ley de Medicina preventiva, que según Illanes (1993):

"formaba parte constitutiva de la modernización industrial capitalista, significando un nuevo esfuerzo para el ajuste de la relación "vida-trabajo". El ya crónico capitalismo trágico conducía a la relación abismal trabajo-muerte si el Estado -como política de salud- no acudía en su socorro. El fundamento conceptual del proyecto de Medicina Preventiva era, pues, el capitalismo en crisis y se dirigía a su salvación, poniendo en forma a la fuerza de trabajo, resguardando su cuerpo y reglamentando estrictamente la "sacada de vuelta" y el "San Lunes" sobre bases científico sanitarias. Todo esto a un alto costo empresarial inmediato, pero muy rentable a largo plazo. La intelectualidad continuaba insistiendo en su lógica del "sacrificio necesario" (pág. 281).

Sin duda alguna la SOFOFA<sup>14</sup> se opuso a este proyecto, pero pese a ello sería aprobado y convertido en ley de la República el 9 de febrero de 1938. Desde entonces, la clase trabajadora quedó supeditada al Estado y éste se convirtió en el garante del factor humano de producción, mientras que el médico en un padre-médico que la cuidaría y protegería. Así la clase trabajadora, vista y entendida como parte fundamental del funcionamiento de la economía, recibiría la seguridad del Estado y el saber de la Ciencia para subsanar sus precarias condiciones de vida.

Finalmente, los meses del gobierno de Alessandri pasaron y su retirada del poder fue inminente. Los esfuerzos médicos y sociales por solucionar la crisis se estrecharon con el aparato legal del Estado en base a estrategias que se proyectaron hacia tiempos venideros.

<sup>14</sup> Sociedad de Fomento Fabril. (SOFOFA) "Aprobado el proyecto en diputados, la SOFOFA envió al Senado una nota en la que planteaba su rechazo al proyecto del Dr. Cruz-Coke. principalmente considerando que aquél "al situar la protección del trabajador con una reducción de la jornada de trabajo, parecía dar por establecido que el decaimiento del vigor físico de la raza se debe, como principal causa, al esfuerzo excesivo. Sin embargo, la jornada de trabajo que se exige en nuestro país no es mayor que la aceptada en otros países, cuyo coeficiente de mortalidad nos parece envidiable. Pero si se compara la vida de nuestros obreros fuera del trabajo con la que practican aquellos otros pueblos, se descubre una de las verdaderas causas del mal que nos aqueja. ¿Cuál es su programa de vida fuera del trabajo? ¿Qué destino da a las dieciséis horas de que pueda disponer cada día? (...) Estas respuestas encierran la clave de una de las principales causas del decaimiento físico de nuestro pueblo (...) y un vasto programa de Medicina Preventiva, sin necesidad de recurrir a la reducción de la jornada de trabajo: hay que enseñar a vivir a nuestro pueblo" "(Illanes, 1993, pág. 278).

## 1.5 El rol histórico de las “visitadoras sociales”

Mientras la intelectualidad médica nutría al Estado con su conocimiento científico, implementaba nuevas leyes de protección social, se enfrentaba con las clases dirigente y patronal, debatía acaloradamente en el congreso y en su estamento gestaba discursos respecto de la construcción de la sociedad y de los males que afectaban al “pueblo”; las “visitadoras sociales” se disponían a acudir hasta los lugares más ocultos de la miseria nacional. Con su presencia en los suburbios se enfrentaban, en carne propia, con los dramas de los sectores más pobres del país.

La profesionalización de su acción<sup>15</sup> comenzó junto con la construcción del Estado Asistencial Sanitario en 1925 con la fundación de la Primera Escuela de Servicio Social *Dr. Alejandro del Río*<sup>16</sup>; y posteriormente con la fundación de la Escuela de Servicio Social *Elvira Matte de Cruchaga* en 1927<sup>17</sup>. Esta acción convirtió a la “visitadora social” en una agente de Estado capacitada para asistir al pueblo y guiar su recuperación en una labor de mediación entre pueblo y sistema. Según María Angélica Illanes (2006), quien ha desarrollado una gran labor historiográfica sobre la labor de las “visitadoras sociales”, el nuevo modelo de vinculación entre pueblo y Estado vía la asistencialidad y mediación femenina surgirá desde una experiencia de poder y gobierno civil, que va a penetrar por dentro y rodear por fuera al nuevo Estado Nacional. La “visitadora social”, dejará atrás las viejas prácticas caritativas asociadas a la Iglesia y a la buena voluntad de las señoras de la clase alta, para establecer una nueva práctica que no tuvo por objeto solucionar problemas inmediatos de los pobres

<sup>15</sup> Ya que en las primeras décadas del Siglo XX, la asistencialidad y su intermediación femenina, fue desarrollada principalmente por instituciones civiles, que según lo plantea María Angélica Illanes, alcanzaron su mayor fisonomía con el Patronato de la Infancia y las gotas de leche que actuaban en los barrios populares del país. (Illanes, 2006).

<sup>16</sup> Dependiente de la Junta Central de Beneficencia.

<sup>17</sup> De carácter Doctrinal Católico, dependiente de la Universidad Católica.

(pan, comida, ropajes, etc.), sino que más bien, desde la ciencia, se propuso establecer puentes de conexión e interacción entre el Estado y el “pueblo”, canalizando el descontento social y afianzando las estructuras del Estado.

La técnica de investigación científica (estadística, medible y cuantificable) que les otorgó la profesionalización de su acción, permitió a las “visitadoras sociales” desarrollar estudios sobre los problemas que aquejaban a la clase obrera y al mundo popular para encontrar y determinar soluciones reales y eficaces frente a las causas que contribuían —a su juicio— en la degeneración de la raza y dificultaban el progreso de la nación. Además, su profesionalización les confirió el conocimiento necesario para desarrollar diagnósticos respecto de las formas de vida del “pueblo” y así aventurarse en sus tratamientos de “casos sociales”. Con ello, amparadas en la técnica, la ciencia y el conocimiento “exhaustivo” del pueblo, establecieron toda una red de discursos que abrazados al discurso médico-político, cobró fuerza durante la década del 30. Así, la aproximación del “pueblo” a los “beneficios de la civilización” fue también fruto de la tarea realizada por este estamento de mujeres profesionales.

Al mismo tiempo, su relación directa con las “mujeres del pueblo” les permitió calar hondo en el mundo popular. Sobre la base ideológica de que existía un rol “natural materno”, las “visitadoras sociales” consideraron a las mujeres del pueblo como piezas claves para la reconstrucción social del país devastado por la crisis. A través de ellas, y al darles soluciones inmediatas a sus problemas, se incorporaron en la vida misma del pueblo, entre sus códigos, sus lenguajes, sus relaciones sexuales, sus *amoríos*, sus *uniones ilegítimas*. Y por consecuencia, fueron instaurando los propios, científicos, asociados a la nación y a la reproducción exitosa de la especie, por medio de códigos y representaciones de la vida social y sexual hegemónicos y modernos.

Para las “visitadoras sociales” el pueblo se convirtió en su objeto de estudio y al hablar de él, construyeron su “realidad”. De esta manera, el conocimiento del pueblo y la creación de soluciones específicas para cada “caso social”, fueron elaborados desde la mirada de la “visitadora”. Ella tuvo ante sus ojos, un lente discursivo-científico (y moral), que la llevó a construir la “realidad del pueblo” desde su lugar de poder.

Lo significativo de la labor de las “visitadoras sociales” es que lentamente convocó a los sectores populares a acudir a ellas por su propia voluntad. La Escuela de Servicio Social de la Junta de Beneficencia creó una Oficina de Servicio Social donde las estudiantes, siempre supervigiladas por una maestra o una jefa, pusieron en práctica sus conocimientos para atender distintos casos sociales que llegaban a ellas. Así, cuando una persona del “pueblo” acudía a la Oficina para pedir remedio a su problema se iniciaba la labor de la “visitadora”, quien debía comprobar la información entregada por la o él solicitante de ayuda. Primero visitando su hogar, conociendo la realidad higiénica de la habitación, las condiciones de vida, las relaciones familiares, su comportamiento, su relación con los vecinos, etc.; para luego establecer un diagnóstico (científico) que le permitiera implementar las estrategias necesarias para solucionar los problemas. Siempre amparadas por la legalidad del Estado.

Es significativo ver cómo, ante los ojos del pueblo que miraban atentos cómo solucionaban sus problemas, las prácticas asistenciales fueron cobrando validez. Esta situación promovió un aumento importante en las solicitudes de atención popular al interior de la Oficina, de hecho, “de 66 solicitudes registradas en el año 1926, aumentaron a 209 solicitudes el año 1930, a 1.062 el año 1933, en plena crisis; el año 1936 se registraron 715 y el año 1938, 1.178” (Illanes, 2006, pág. 312). Según Illanes (2006), estas cifras nos demuestran la profundidad de la acción de las “visitadoras” y la importancia que ésta tuvo en el mundo popular; pero a su vez nos permiten visualizar la efectividad de su intervención a lo largo de toda la década de 1930.

En la Oficina Salitrera, en las Minas de Carbón, en los conventillos, en el campo... donde fuese que la pobreza y la miseria derrotaran la vida del pueblo, ella estaba allí, estudiando y registrando al pueblo por medio de toda una operación a cuerpo abierto que la dejaba ingresar hasta en los espacios más cotidianos e íntimos de la vida popular. Así pues, en las condiciones de insalubridad extremas de la población se reproducían los gérmenes, las infecciones, pero también y ante la mirada de las “visitadoras sociales” y los médicos, se reproducía la inmoralidad, la promiscuidad y los vicios que eran fruto de la ilegitimidad del pueblo. Por tanto, no sólo resultaba necesario entregar mayores recursos para mejorar las condiciones materiales de vida del pueblo, sino que a su vez se hacía necesario re-educar sus formas de vida.

Al igual que los médicos, las “visitadoras sociales” consideraron que la *ilegitimidad* de las relaciones sociales y sexuales de los sujetos populares era un problema político ya que traía consigo la reproducción de la miseria y de la crisis moral del pueblo, dificultando por tanto la consagración del Estado y el acceso a la modernidad. Se consideraba que en las uniones ilegítimas proliferaban las enfermedades de transmisión sexual como la sífilis y la gonorrea que infectaban a hombres y mujeres, pero también a los/as niños/as recién nacidos/as de esas relaciones sexuales libres y *ágrafas*. De esta manera la acción de las “visitadoras” y las políticas del Estado debían apuntar a la reconstrucción de las relaciones sociales y sexuales que se desarrollaban al interior de la vida popular. Esto a razón de que se consideró que los males asociados a la miseria del pueblo se desprendían del modo ilegítimo en que éstos se relacionaban. Por tanto resultaba necesario desarrollar toda una política de reconstrucción, legalización y escritura de la ilegitimidad para convertir en “legítimas”, “legales”, “genuinas” y “verdaderas” las relaciones sociales y sexuales entre hombres y mujeres del pueblo.

Por este motivo, a mediados de la década del 30, se llevó a cabo una política familiar destinada a mejorar las condiciones sociales y las formas



de vida ilegítimas del pueblo. En primer lugar para canalizar las demandas sociales desde el espacio privado y prevenir concertaciones y revueltas populares; y en segundo lugar para contribuir en la disminución de las tasas de mortalidad que afectaban a la población. María Angélica Illanes, plantea que:

Otra de las fórmulas de pacto-político establecidas en Chile para la incorporación del pueblo al sistema, —además de las políticas higienistas, de la ley de educación primaria obligatoria, de la legislación del trabajo y previsión social, entre otras—, consistió en la implementación, a partir de las décadas de 1930 y 1940, de una serie de mecanismos de reconocimiento, legalización y legitimación sexual popular; fórmulas implementadas a través de la *mediación o la escritura* de las “visitadoras sociales” que hacía poco debutaban profesionalmente en Chile, dirigidas al reordenamiento del sistema social desde la propia intimidad corporal popular y su régimen de sexualidad (Illanes, 2003, pág. 4)

La ilegitimidad del pueblo debía ser re-educada con el objetivo de crear una nueva forma de relaciones sociales/sexuales, pero también para incorporar a la modernidad del Estado Republicano, bajo un nuevo pacto, a los sectores populares. Reducir las cifras de hijos ilegítimos se constituía en una labor fundamental del Estado, pero a su vez la construcción de la sociedad popular debían sustentarse en torno a la consolidación de identidades sociales y sexuales amparados en los códigos de la heterosexualidad y la normatividad de las prácticas sexuales hegemónicas. La penetración de las “visitadoras sociales” en el mundo popular debía ir acompañada de toda una red de discursos destinados a modificar los códigos y las prácticas de asociatividad sexual popular. Así sería posible reestablecer los lazos rotos entre pueblo y Estado, desde la vida íntima, en el marco de toda una política asistencial que se proyectará hacia la década de 1940 con los gobiernos del Frente Popular (Rosemblatt, 1995).

## 1.6 Diagnosticar, Escribir, Crear

Pues bien, a razón de estos antecedentes, podemos establecer que la necesidad de los médicos y las “visitadoras sociales” de transformar las condiciones de vida de los sectores populares para calmar el descontento social, evitar la degeneración de la raza y la decadencia de la nación; se convirtió en una tarea política-científica que buscó, desde la legalidad del Estado y el saber científico, cimentar las bases para la consolidación de un nuevo proyecto político.

Tal como hemos observado, los sectores populares antes marginados políticamente por la clase dominante, se convirtieron en el objeto de estudio de las elites científicas y asistenciales. Su propósito fue desarrollar todo un abanico de reformas legales que favorecieran su incorporación al Estado, sobre la base de un saber científico capaz de establecer las condiciones mínimas para su desarrollo ciudadano, social, ético y moral. Desde entonces, y a juicio de los/as expertos/as, el progreso de la nación sería viable con la creación de un vínculo estrecho entre la clase dominante, el Estado, el pueblo y la ciencia, e incluso con la Iglesia. Para ello, la vivienda, el salario, la alimentación, el vestuario, las obras de saneamiento y salud pública, debían convertirse en estrategias médicas-asistenciales destinadas a mejorar las condiciones materiales y de vida de los sujetos populares para manejar el descontento social.

Lo que resulta relevante para nuestro análisis, es que tanto médicos como “visitadoras”, consideraron que detrás de todos los males que aquejaban al pueblo (las altas tasas de mortalidad general y sobre todo infantil, la delincuencia de menores, el abandono, los hijos ilegítimos, las enfermedades sociales como la sífilis, la gonorrea y tuberculosis, entre otras); no eran sino resultado de las relaciones sexuales ilegítimas, de los vicios y la crisis moral del pueblo. Del mismo modo, consideraron que la prostitución de las mujeres y el alcoholismo en los hombres eran el resultado de toda la falta de educación sexual y moral que terminaba por

construir una herencia social que causaría la decadencia de la raza. Por ello, coincidieron en que tales problemas debían ser atacados desde prácticas y estrategias médicas reales y efectivas.

Los extensos debates desarrollados en Chile por los médicos y “visitadoras sociales” sobre las formas de vida del pueblo y sus males, quedaron registrados en diversas revistas y escritos médico-sociales que produjeron todo un artefacto de conocimiento científico amparado por las elites y el Estado, pero también por instituciones médicas y las mismas escuelas de Servicio Social. Allí presentaron problemas, entregaron diagnósticos y propusieron estrategias para transformar el escenario de crisis social sostenido en estadísticas y casos sociales estudiados en profundidad, pero por sobre todo hablaron del pueblo, de su crisis moral, de sus enfermedades, del abandono de menores, de la delincuencia, de la prostitución, de los deberes sociales de hombres y mujeres según su *naturaleza* sexual. Hablaron del pueblo desde sí, desde su lugar en la sociedad y desde su propia concepción del mundo. Lo significativo de estos textos es que dejaron un registro, una especie de radiografía del cuerpo del pueblo que fue tomada por el lente ideológico de los médicos y las “visitadoras sociales” en un contexto donde fue necesario encausar al pueblo hacia su propio proyecto de Estado/Nación.

Así pues, regular, controlar, disciplinar, cifrar, registrar; fueron tareas imprescindibles para dar legitimidad al pueblo, encausar sus deseos y sus impulsos sexuales. La puesta en marcha de estos objetivos implicó, necesariamente, la elaboración diagnósticos como parte de la tarea política de los médicos y las “visitadoras sociales” para evitar la degeneración de la *raza*, la propagación de las enfermedades de transmisión sexual y la multiplicación de hijos ilegítimos con todos sus males. Dicha tarea, debía ir acompañada de una educación sexual amparada en los principios científicos que reglamentaban, por medio de verdades universales sobre el comportamiento sexual. No era ahora la moral cristiana la que restringía las libertades sexuales, sino que la ciencia era la que construía una ética y

una moral de comportamiento sexual ligado a la responsabilidad social de hombres y mujeres frente a los “impulsos sexuales”. Los artículos y debates escritos en las revistas, que analizaremos más adelante, se encargarán de manifestarlos.

Lo que nos preocupa es cómo este escenario histórico se convirtió en el punto de partida para la saturación de identidades sociales y sexuales amparadas en un régimen de saber científico. Un saber que buscó cooptar las prácticas sexuales populares para convertirlas en relaciones legales amparadas en un discurso hegemónico sobre la sexualidad y los roles sociales y sexuales asociados a la “naturaleza” del sexo. Nos preocupa la incipiente *preocupación* de las elites por la sexualidad popular y cómo éstos construyeron discursos sobre sus males desde un saber científico que debía ser incuestionable ante los ojos de hombres y mujeres del pueblo.

Con esto, queremos plantear que a través de esos diagnósticos se construyó la “realidad sexual popular” desde los médicos y las “visitadoras sociales”, que no buscaron entender ni validar sus prácticas y comportamiento social/sexual (roles de género, deseos, etc.), sino que será una “realidad” construida desde el imaginario sobre la sexualidad y del “*deber ser*” hombre/padre o mujer/madre que era propio de los médicos y las “visitadoras sociales”. Una realidad construida desde la —supuesta— impureza de sus deseos, su inmoralidad y su libertinaje. Consideraremos, a partir de los análisis propuestos por Illanes, que a los sectores más vulnerados por la economía capitalista no les quedará más que identificarse y asumirse como parte de esa “realidad” para ser atendidos y legitimados por el Estado.

Durante la década de 1927 a 1937 entonces, los sectores populares no solo vivieron el desarraigo de su proyecto de revolución activa estructural, sino que además, su forma de experimentar el deseo y la sexualidad fue cooptada y significada por el discurso del *otro*. Con esto, no buscamos idealizar el comportamiento sexual de los sectores populares en desmedro

del ideal que motivó la escritura de los médicos y las “visitadoras sociales”, sino que más bien, pretendemos evidenciar que lo que se sabe del pueblo, de sus códigos, de sus prácticas sexuales, proviene de un lugar otro, donde la técnica, la ciencia y el saber han ganado la batalla de la memoria.

Finalmente, y antes de abrir paso a un nuevo capítulo, consideramos que la tarea de diagnosticar, escribir y crear la “realidad” médico-social/sexual del pueblo a través de los diagnósticos, fue una tarea política. Por ello creemos que es necesario analizar sus contenidos para comprender las relaciones de poder y de dominación que emergieron desde el Estado y la ciencia, para ajustar la vida del pueblo a sus propios lineamientos ideológicos.



## 2 EL DIAGNÓSTICO COMO DISPOSITIVO DE PODER

“En las relaciones de poder la sexualidad no es el elemento más sordo, sino, más bien, uno de los que están dotados de la mayor instrumentalidad utilizable para el mayor número de maniobras y capaz de servir de apoyo, de bisagra, a las más variadas estrategias”.

M. Foucault

“El género es lo que uno asume, invariablemente, bajo coacción, a diario e incesantemente, con ansiedad y placer, pero tomar erróneamente este acto continuo por un dato natural o lingüístico es renunciar al poder de ampliar el campo cultural corporal con performances subversivas de diversas clases”.

Judith Butler

Para comprender el diagnóstico médico y asistencial sobre la sexualidad popular como un dispositivo de poder; es necesario visualizar en primer lugar, cómo la ideología moral/sexual de los médicos y las “visitadoras sociales” se localiza directamente en la producción de saber y de conocimiento científico sobre el pueblo y sus males. En este sentido, debemos observar cómo, categorías de género como feminidad/maternidad y masculinidad/paternidad, operan ideológicamente en el análisis científico para la producción de saberes sobre el pueblo y su sexualidad. A raíz de ello, podremos observar en segundo lugar, cómo, una vez que tales diagnósticos son puestos en circulación dentro de las revistas médicas y asistenciales que hemos analizado, y son legitimadas por las instituciones y el Estado; se convierten en verdades capaces de significar las conductas del pueblo y determinar cuáles son las que deben ser modificadas para alcanzar el desarrollo de toda la colectividad.

Con todo ello, el diagnóstico se convierte—en materia de nuestro análisis—en un dispositivo de poder, por cuanto es capaz de construir la “realidad sexual popular” y naturalizar en el imaginario colectivo, categorías de género y normas de conducta sexual y afectiva —propias de su ideología—,

que tuvieron por objetivo guiar las conductas del pueblo hacia la consecución del proyecto político y económicos de los/as investigadores/as. Así pues, veremos cómo el diagnóstico médico y asistencial, se convierte en una estrategia política que opera como una red productiva (Foucault, 1992) de saberes, de discursos sobre el cuerpo y la sexualidad, que busca atravesar el mundo popular para difundir un modelo de feminidad y masculinidad que a juicio de los/as expertos, daría satisfacción a los impulsos sexuales y junto con ello, daría solución a los males del pueblo.

Veamos ahora cómo operaron la ideología, el saber y el poder, en la producción de los diagnósticos sobre la sexualidad popular.

## 2.1 Ideología

Pues bien; los antecedentes históricos que hemos revisado, nos han permitido visualizar que en la década de nuestro trabajo la investigación científico-social no se centró únicamente en determinar las condiciones de vida que contribuían en la miseria y en la enfermedad del pueblo; sino que además consideró como una importante variable de estudio: las formas de comportamiento social y sexual de hombres y mujeres del pueblo. Esto a razón de que la ciencia había establecido que solo una mejora en las condiciones materiales de vida del pueblo no sería suficiente para embestir con fuerza los males que afectaban a la sociedad.

En este escenario, los postulados de la Higiene Social fueron la base de los estudios realizados por los médicos y las “visitadoras sociales” para comprender la realidad *del pueblo*, y así elaborar un diagnóstico capaz de situar y descifrar las causas de sus males. Siempre, sobre la base de una idea que admitía la existencia de una moral social—y también sexual—que debía guiar el comportamiento de los individuos en miras del desarrollo de toda la comunidad.



Esta idea cobró fuerza desde que la Sociología de la época afirmó que existía una *moral social*, constituida por deberes sociales de cada uno hacia todos, y que solo respetándola; la colectividad podría alcanzar una evolución superior (Córdova, 1932). Estos principios ideológicos, llevaron a los/as profesionales a plantear que era necesario ajustar a los individuos a un proyecto social-moral para conseguir el progreso global de la nación, ya que, a su juicio, cada ser humano era una célula constitutiva del cuerpo social que necesitaba regularse y protegerse para no perturbar la vida de todo el organismo. Solo de ese modo, la colectividad podría alcanzar esa moral social que garantizaría el perfeccionamiento de la raza por una parte; y la estabilidad política y económica por otra. Por este motivo, cuando los médicos y las “visitadoras sociales” se enfrentaron al pueblo, se empeñaron en encontrar las causas que impedían el desarrollo moral al interior del propio mundo popular.

Así pues, la medicina social no tuvo por objeto transformar únicamente las condiciones materiales de vida de los sujetos, sino que además consideró que era necesario ajustar sus formas de comportamiento a un lineamiento oficial de las conductas en un marco de actuación moral—constituido ideológicamente— para la organización efectiva de la población. En dicho marco, la sexualidad apareció como uno de los pilares fundamentales de una sociedad bien organizada y por lo mismo, se aseguró que una falta de control de los impulsos sexuales, podía desarticular las bases morales de todo el cuerpo social. Por este motivo, las formas de comportamiento social y sexual de los hombres y las mujeres del pueblo, debían ser guiadas por una moral social y sexual que definiera los deberes de cada uno/a de ellos/as con el resto de la colectividad.

Según el Dr. Lucio Córdova (1932), la ciencia había indicado los medios de lucha contra las enfermedades y las intoxicaciones a favor de los progresos sociales para evitar el sufrimiento de los hombres y su decadencia; pero luego de ello había “formulado los principios que

permitían modelar, poco a poco, por una continuada labor de selección, al individuo perfecto, física y moralmente” (pág. 282). Esto quería decir que la producción de conocimiento científico no solo operó en términos técnicos, sino que además fue puesta al servicio de un proyecto ideológico que tuvo por objetivo guiar las conductas humanas hacia una idea de perfección definida, previamente, desde y por quienes estaban a la vanguardia de la producción de ese mismo conocimiento.

De este modo, podemos ver que la producción del saber científico sobre el pueblo nació de una concepción de ser humano y de sociedad que se asumió como un lugar epistémico incuestionable y si se quiere, inquebrantable. Lo significativo de ello, es que estos principios fueron constituidos desde una base moral que les permitió a los médicos y las “visitadoras sociales” forjar un accionar médico-asistencial orientado hacia el perfeccionamiento de la especie. Pero sin considerar la multiplicidad de formas o de identidades existentes al interior de la población; pues lo importante era la colectividad por sobre lo individual, y el ser humano era quien debía moldearse para alcanzar el objetivo propuesto desde la medicina social.

Un ejemplo de estos principios ideológicos es lo que ocurrió con las enfermedades venéreas de la época. Si bien los médicos podían encontrar los remedios para evitar la muerte del enfermo (acción médica), consideraron que solo el control de las relaciones sexuales ilegítimas podría impedir su propagación o un nuevo contagio (principio moral). Por ello, sostuvieron que solo la integración de una acción médica y un principio moral mejorarían las condiciones de vida del pueblo, asegurarían el porvenir de la raza y de la nación. Entonces, como mencionábamos, lo importante para los médicos y las “visitadoras sociales” en su tarea médico-política, era el individuo siempre en miras de la colectividad, de allí su preocupación por extender la acción profiláctica a distintos terrenos de las formas de comportamiento moral y sexual de

los individuos para luego hacerla sentir en todas las fases del desarrollo de la colectividad. Ante esto, el Dr. Lucio Córdova (1932) dirá:

De aquí que hayan ideado los medios de extender su acción profiláctica para hacerla sentir en todas las fases del desarrollo de la colectividad: dignificación y protección de la función social de la madre; cuidado y educación del niño; evolución completa y normal del hombre; organización del trabajo para obtener de la máquina humana al máximo de rendimiento con un máximo de bienestar; protección contra las enfermedades sociales y las intoxicaciones, voluntarias o industriales, que debilitan al individuo y disminuyen la fuerza económica de un pueblo; vida sana para todos en un medio sano; y, por fin, selección biológica para proteger la raza y asegurar su constante perfeccionamiento. (pág. 283)

De esto se extrae que la labor médica y asistencial tuvo por objeto moldear las formas de vida de los sujetos desde un saber científico (médico y asistencial). Pero lo primordial fue el establecimiento de un diagnóstico sobre la realidad del pueblo para determinar sus males y su crisis moral, para proyectar su acción hacia la transformación de la realidad médico-social del país. Claro que no solo desde la salud: implementación de vacunas, masificación de consultorios, tratamientos específicos para enfermedades determinadas, etc.; sino que también desde sus códigos, sus formas de relaciones sociales y sexuales, sus impulsos sexuales, etc. para conducirlos hacia la moral social que protegería la raza y aseguraría su constante perfeccionamiento.

## 2.2 Saber

Así pues, el deber de diagnosticar la enfermedad del pueblo se convirtió entonces—para los médicos y las “visitadoras sociales”—en una tarea social con fines políticos y con un claro sustento moral, capaz de emitir y legitimar verdades científicas respecto de las causas que enfermaban al pueblo.

El diagnóstico como instrumento de conocimiento del mundo popular, no solo tuvo como objetivo determinar las causas de los problemas, sino que además, se propuso como tarea política fijar las normas morales y sexuales que debían operar como modelos ejemplares de comportamiento. Así, las conductas del pueblo, que a juicio de los y las profesionales debían ser transformadas para alcanzar los objetivos propuestos, debían tener en miras los modelos trazados como *verdaderos* desde el conocimiento científico. Solo de esta manera sería posible conseguir que los sujetos populares tomaran conciencia de sus deberes con el resto de la comunidad. Por ello, a través de la mirada de los/as expertos/as, hombres y mujeres del pueblo fueron tratados como pacientes que debían iniciar su proceso de “recuperación” o de “sanación” sin cuestionar el lugar desde donde se emitía el juicio de su conducta. Tal como ocurre en una consulta médica cuando el médico nos da el diagnóstico de nuestra enfermedad, nos explica el por qué y nos indica cuales son los cuidados necesarios para que nuestro cuerpo vuelva a estar en forma. Mientras tanto nosotros/as, los/as pacientes/as, adoptamos las medidas sin cuestionar el lugar desde donde proviene ese diagnóstico.

Así pues, el médico y la “visitadora” sobre la base de un saber médico producido y articulado desde su propio lente ideológico, comenzaron a explicar las causas de la enfermedad del pueblo. Siempre posicionados desde un lugar, desde un proyecto de sociedad que se quiere alcanzar y reconociendo como enfermedad todas aquellas prácticas que se escapaban del ideal moral/sexual establecido como verdadero. Lo significativo de esta

cuestión, es que la ideología moral/sexual de los médicos y las “visitadoras sociales” incidió directamente en el análisis de los fenómenos sociales observados, y por ende, la producción de conocimientos científicos sobre la vida del pueblo no quedó exenta de ella. Por esto, y a través de los diagnósticos elaborados durante esta década, se construyó toda una red de saberes y discursos científicos sobre la vida del pueblo a partir de una relación de causa y efecto entre cuestiones médicas y morales. Esto quiere decir que mientras los y las profesionales reconocieron las causas de la miseria, también reconocieron los efectos que estas traían o los resultados que podían esperarse de tal o cual experiencia social/sexual. Por medio de esta estrategia de análisis se comprendió por ejemplo, que un hogar sin padre o sin las condiciones necesarias para la sobrevivencia de sus integrantes, podía incidir en que la mujer se prostituyera, en el abandono de los hijos por parte de la madre, en la delincuencia de los niños, o, en la precoz iniciación sexual de los jóvenes e incluso en la miseria.

De esta manera, un diagnóstico certero respecto de las condiciones de vida del pueblo fue necesario para conocer y comprender de forma exhaustiva su “realidad”. Por medio de la técnica de investigación científica aplicada a la observación y comprensión del pueblo, era posible cuantificar los problemas, hacerlos medibles por medio de estadísticas, convertirlos en números para diagnosticar y luego establecer estrategias efectivas destinadas a resolver un problema en particular para conseguir soluciones reales. Lo significativo es que la producción de diagnósticos sobre las causas de los males que afectaban a la población, no pudo obviar los principios morales de los/as profesionales —que además eran propios de la medicina social. Por tanto siempre o por alguna u otra razón, sus diagnósticos tuvieron relación con la crisis moral del pueblo, que desde su perspectiva fomentaba los problemas médicos y sociales de la época.

## 2.3 Poder

Ahora bien, otro punto importante de nuestro análisis tiene relación con los efectos de poder del diagnóstico en un escenario histórico y político donde se redefinieron las relaciones entre Estado y pueblo.

Desde la perspectiva de nuestro análisis histórico/teórico, en la medida que estos diagnósticos fueron producidos desde el ideal moral/sexual de los/as profesionales y desde los fundamentos ideológicos de la medicina social, se convirtieron en instrumentos de conocimiento, capaces de interpretar y significar las conductas sexuales del pueblo y construir su “realidad”. Como resultado de ello instauraron una verdad a partir de la cual el pueblo debía pensarse a sí mismo. Una verdad que M. Foucault entiende como “el conjunto de reglas según las cuales se discrimina lo verdadero de lo falso y se ligan a lo verdadero efectos políticos de poder”. (1992, pág. 199)

Esto quiere decir que lo que el pueblo comprendiera de sí y del origen de sus males, debía provenir desde lo que se estableció en el diagnóstico como dispositivo de saber y no desde discursos o saberes que emergieran desde su propia comprensión del cuerpo y la sexualidad. Así pues, aunque los hombres y las mujeres del pueblo tomaran el discurso médico y asistencial como verdadero y aparentemente útil para resolver sus problemas médicos y sociales; naturalizarían con ello los discursos que restringen aún más los comportamientos de los sujetos y se afianzaría el poder sobre los cuerpos por medio de una *ciencia de la sexualidad* (Foucault, 2008) que determina y delimita formas ideales de comportamiento. En definitiva, y siguiendo a M. Foucault (2008), los diagnósticos como dispositivos de poder constituirían la irradiación de los discursos alrededor del sexo. Así intensificarían la conciencia de un peligro incesante que a su vez reactiva la incitación a hablar de él y construyen una voluntad de saber que resguarda en sí misma la potencialidad de

proyectarse hacia un ideal político definido por los médicos y las “visitadoras”.

Ahora bien, en este escenario y debido al contacto que tuvieron con el pueblo, las “visitadoras sociales” fueron las primeras encargadas de elaborar diagnósticos para dar respuestas científicas que explicaran las causas de sus males. Lo significativo, es que ellas reconocieron que el éxito de su labor sería posible si y solo si eran capaces de incorporarse hasta en las fibras más íntimas de la vida de quienes habitaban los hogares que visitaban. Hacia 1932, la Señorita A. Mac-Auliffe, Jefa de la Oficina de Asistencia Social, reconoció que distintas causas podían llevar a una “visitadora” a un hogar; lo importante era que una vez estando allí, ella debía estudiar su problema hasta descubrir las causas que lo habían originado para así realizar su labor de mejoramiento:

I.- Muchísimas, casi infinitas, son las causas que pueden requerir la presencia de una Visitadora Social en un hogar; las más corrientes que se presentan en los hogares familiares son: enfermedad, pobreza o miseria, desorganización del hogar, desocupación o abandono moral y material, vicios.

(...) La Visitadora Social estudia el problema que se le presenta, no sólo en el aspecto momentáneo en que éste toma, sino que avanza más: estudia hasta descubrirlas, las causas que han originado el problema presente. Sólo así puede ella realizar su labor de mejoramiento con eficacia. (Mac-Auliffe, 1932, pág. 288).

De esta manera, y en el acto de conocer e iniciar una *labor de mejoramiento*, la “visitadora social” vislumbra la efectividad política de su acción y la incidencia que puede tener en las conductas del pueblo. Es ella quien tiene el poder del discurso y quien, por medio de la técnica, es capaz de levantar resultados para el diseño de estrategias que aseguren el progreso de la nación. Lo significativo, es que la convicción que éstas tuvieron de su labor, les llevó a afirmar que por medio del estudio de cada problema social la “visitadora social” debía llegar a tener un conocimiento

del pueblo incluso mayor que el que éste tenía de sí mismo, puesto que así se podrían emprender las acciones que les permitirían modificar hasta las conductas más elementales de su vida. Así, amparada en la técnica de investigación científica podría medicalizar al pueblo para sanar su enfermedad. Frente a esto Leo Cordemans, quien fue directora de la Escuela de Servicio Social, escribió:

“Cada problema social se estudia como un caso médico y las etapas de su curación son: el establecimiento del diagnóstico y el tratamiento. Para establecer el diagnóstico, la Visitadora Social procede por medio de la encuesta, como el médico, pero en lugar de tomar el pulso del enfermo, de hacerle sacar la lengua y de hablar en latín, procedimientos que Molière ha inmortalizado, ella interroga a los interesados, sus parientes, patrones, médicos, maestros de escuela, vecinos, propietarios, instituciones de las cuales forma parte el solicitante y llega así a conocer la situación económica, profesional, física, mental, moral, de los diversos miembros de la familia, su grado de instrucción, sus costumbres, etc. Ella debe conocerlas al cabo de un corto tiempo mejor que sus más íntimos amigos, y, muy a menudo, mejor que lo que ellos mismos se conocían antes de este examen.” (Cordemans, 1928, pág. 3)

Dicho esto, queda en evidencia que para la “visitadora” el deber de diagnosticar para medicalizar al pueblo era una operación discursiva científica que tuvo por objetivo penetrar el cuerpo del hombre o de la mujer del pueblo, con el fin de que éstos/as pudieran pensarse desde el diagnóstico emitido por la profesional. Así, esta estrategia asistencial tendría efectos de poder por cuanto fuera capaz de incidir en la forma como los sujetos se piensan a sí mismos y cómo, a razón de esto, se vuelven funcionales al proyecto político y económico de las elites.

Según la señorita. Mac-Auliffe (1932), el fin último de la visitadora debe ser el desarrollo de la persona humana y por tanto debe emprender una labor educadora para hacer que cada individuo comprenda que existe algo errado en él que lo lleva al fracaso; luego de ello puede conducirlo hacia la situación que corresponde:



En cuanto al fin último de su labor en todo caso, éste es: el desarrollo de la personalidad humana. Por lo tanto su labor es intensamente educadora; la V. S. estudia la personalidad de cada individuo que pertenece al grupo que constituye el caso social y con fina psicología le hace estudiarse a sí mismo para que comprenda él que es cierta tendencia, cierto errado concepto... lo que origina sus dificultades, sus fracasos, su ineficiencia, etc.

Así prácticamente, y con suavidad que no deja sentir su mano, va ella guiando al individuo hasta dejarlo apto para que él se mantenga en la situación que le corresponde. (pág. 288)

Pero ¿Qué es *lo errado* que lleva al fracaso al individuo? ¿Cómo se distingue el error del acierto? ¿Qué es aquella “situación que corresponde”? ¿Desde qué lugar de poder se erige ese discurso?

Teniendo en consideración los argumentos presentados anteriormente, los diagnósticos desarrollados por médicos y “visitadoras sociales”, al estar amparados en el saber científico, elaboraron significados sobre el comportamiento social/sexual de los sujetos desde un imaginario cargado de normas y símbolos sobre las formas correctas de comportamiento de los individuos. A partir de entonces, todo aquello que no fuese parte de su proyecto, de su imaginario social/sexual, debía reformularse, legalizarse, re-educarse. Como mencionábamos, no fue importante la individualidad de los sujetos populares o validar sus prácticas sociales/sexuales por ejemplo, sino que serán éstos últimos los encargados de reconocer que había algo errado en ellos que debía ser modificado. ¿Pero por qué? Porque desde su lugar de poder, tanto el médico como la “visitadora” eran capaces de determinar los principios *verdaderos* que debían guiar el comportamiento de los sujetos para alcanzar el bienestar social; pero como hemos advertido, siempre desde su visión, desde su proyecto de sociedad, desde el lugar de poder que la ciencia y el Estado le habían conferido.

Siguiendo esta línea de análisis, lo que nos parece relevante de su práctica, es que tanto médicos como “visitadoras sociales” se presentaron a sí

mismos como individuos capaces de desprenderse de su subjetividad para analizar los datos y la información recopilada en sus investigaciones o experiencias laborales con el pueblo. Por este motivo, al pertenecer a una intelectualidad científica de mentalidad social, su comprensión de la realidad quedaba justificada e inmediatamente adquiriría el poder de la verdad, sin que se cuestionase el lugar de su procedencia. Como consecuencia, los diagnósticos sobre los males del pueblo, se convirtieron en producciones discursivas de la “realidad”. En ella transitó el poder del saber científico, pero paradójicamente, las fisuras constitutivas que le dieron sentido y que volvían posible su existencia se difuminaron: “como si se hubiese querido borrar hasta las marcas de su irrupción en los juegos del pensamiento y de la lengua” (Foucault, 2002, pág. 50).

En la revista *Servicio Social*, la señorita Mac-Auliffe (1932) hacía referencia a estas cuestiones con gran orgullo científico:

Pues paso a exponer lo que en la práctica de mis casos sociales he visto dentro del hogar familiar de nuestro pueblo; lo hago tal como es, sin dorar la píldora, pues sé que hablo de una elite intelectual, de mentalidad social, que desea estudiar estos arduos problemas a la luz de la realidad. (pág. 288)

Frente a esta afirmación es que cabe preguntar: ¿Esto hace más verdadera su visión de pueblo? ¿Hace más real su diagnóstico sobre el pueblo? ¿La “visitadora” pudo escaparse de su idea, de su proyecto de Estado nación para hablar de y construir la *realidad* del pueblo? Y más aún ¿Pudo renunciar a su clase social para hablar del pueblo a la luz de la “realidad”?

Consideramos que al ser los médicos y las “visitadoras sociales” quienes participan en la producción de conocimiento científico y toman el habla para la construcción de la “realidad” del pueblo; se convierten en los sujetos. Mientras, el pueblo se convierte en el objeto de su intervención. De este modo, se establece una relación de dominación y de violencia

simbólica (Bourdieu, 2000), donde los hombres y las mujeres del pueblo no pueden pensarse a sí mismos/as si no es en relación al dominador (médico/visitadora) y a lo que éste ha establecido como su “realidad”. En este sentido, pese a que los/as profesionales valoraron la objetividad que les proporcionaba el método científico, se aproximaron al pueblo desde una idea, desde un proyecto que no pueden abandonar al momento de observar su objeto de estudio. El pueblo aparece como víctima, como un ser pasivo que debe ser conducido por el trabajo incansable de médicos y “visitadoras sociales” hacia su propio bienestar y el de toda la comunidad.

En 1936, M. Salas Marchan, Presidente del Consejo Administrativo de la Escuela de Servicio Social, se referirá al trabajo de las “visitadoras sociales” de la siguiente manera:

Hacia el pueblo tenéis vosotras que ir para reanimarlo en su estado de depresión. Cualesquiera que sean sus faltas, miradlo con simpatía. Pensad que de esas faltas, más que responsables, son víctimas, víctimas de la imprevisión indolencia y egoísmo sociales. (Salas, pág. 15)

Según él, para lograr este objetivo, las “visitadoras sociales” debían cumplir con una serie de condiciones necesarias para hacer efectivo su rol social. Entre ellas destacó su capacidad de infiltrarse en las almas enfermas de pueblo e influenciarles para captar sus voluntades:

Es que logréis un cierto don de irradiación. Debéis, como “visitadoras sociales”, visitar hogares, escuelas, fábricas, prisiones... Váis allá con una doble misión: Investigar hechos, pesquisar causas, requisar informaciones por una parte; por la otra, lo más delicado, lo más bello, lo más propio de nuestra naturaleza: servir de consuelo, de maestra, de médico del alma. Vuestra influencia se infiltrará en esas almas enfermas con más luz, con más irresistible poder, mientras mayor sea vuestra aptitud de captar las voluntades, vuestro don de irradiación. (Salas, 1936, pág. 15)

Sin duda alguna, ese don de irradiación fue parte de toda una estrategia política que amparada en la legalidad del Estado y en el saber científico, buscó establecer verdades respecto de las formas de comportamiento del pueblo y de su *enfermedad*. La “visitadora” era el médico del alma; aquella capaz de llenar de luz los cuerpos enfermos del pueblo. Con esto quedaba en evidencia que no solo importaba la recuperación del cuerpo sino del alma, de la moral que le da forma y vida.

A partir de esto, lo que nos interesa principalmente es comprender cómo a partir de toda esta producción de saberes respecto del pueblo, se produce una captura de las identidades y de las formas de comportamiento social y sexual populares, en la medida que éstas logran ser cifradas y habladas desde el discurso médico y asistencial. En este sentido, el qué se dice del pueblo, de sus condiciones de vida, de sus prácticas sexuales *ilegítimas*, de sus roles de madre y padres *irresponsables*, etc.; se convierten en un terreno político de construcción de los sujetos —no menos importante— cuando se trata de pensar el rol histórico de la intelectualidad médica y asistencial en la conformación del Estado chileno en época de crisis y de gran convulsión social.

Según los antecedentes históricos, el pueblo asistió lentamente, por la fuerza o por su propia voluntad, a su incorporación al Estado, no solo desde las políticas legales, sino que además, lo hizo a través de toda una práctica discursiva *bio-asistencial* (Illanes, 2006) que lo obligó a comprender su realidad desde ese discurso que emergió de la intelectualidad científica. Esta situación contribuyó en que ese pueblo le diera valor a las prácticas del Estado en la medida que efectivamente encontró en ellas la solución a sus problemas.

En este escenario entonces, los diagnósticos sobre las condiciones de vida del pueblo tuvieron como tarea producir significados sobre la vida del pueblo para comprenderlo y elaborar estrategias para su incorporación al Estado. En ese marco, la sexualidad apareció como un problema político

y fue abordado permanentemente al interior de los debates y desarrollados en la década de 1927-1937. De allí que la cuestión social será a nuestro juicio, hacia la década del '30 una *cuestión sexual*, ya que se reconoció que gran parte de los males del pueblo eran el resultado del comportamiento sexual de los sectores populares y su falta de educación moral: una crisis moral/sexual. Es así como la ilegitimidad de las relaciones sexuales, la ruptura del binomio madre-niño, la irresponsabilidad del padre, las enfermedades venéreas, las toxicomanías, la prostitución formaron parte de su diagnóstico. Éstas fueron entendidas como cuestiones centrales que incidían en la degeneración de la raza y dificultaban el progreso de la nación. “Crisis moral/sexual” por cuanto su comportamiento no se ajustaba al proyecto político, económico e ideológico de los médicos y las “visitadoras sociales”. De esto se extrae que las conductas sexuales del pueblo fueron identificadas como un problema cuando no respondían a una idea previa, a un proyecto de sociedad y de moralidad sexual.

Así pues, en la creación de diagnósticos médicos y asistenciales, la identificación de las causas de los denominados males de la época se hizo desde la posición ideológica y moral de los médicos y las “visitadoras sociales”. El pueblo “enfermo” era ahora salvado por el saber científico y el Estado se encargaría de hacer legítimas y verdaderas todas sus formas de comportamiento, ya sea aquellas vinculadas a la organización obrera y la fuerza de sus movilizaciones sociales, o de las prácticas de asociatividad sexual popular.

Desde entonces, médicos y “visitadoras sociales” hablaron del “pueblo”, de sus códigos, de sus relaciones sexuales, de sus uniones *ilegítimas*, de su *crisis moral*, de su *falta de educación*, de su *poca conciencia* respecto de sus *deberes sociales y morales en la maternidad y la paternidad*, de su *libertinaje*, de su *enfermedad*. Hablaron del pueblo desde la ciencia, desde su mirada microscópica entrenada por la técnica y el saber. Hablaron de un pueblo; pero este pueblo se construye desde la hegemonía de un discurso médico

científico amparado en la legalidad del Estado. Su propósito fue incorporar sus propios códigos hegemónicos, morales, sus normas de comportamiento sexual, cargados de verdad y poder, en los espacios más íntimos de la constitución identitaria de lo popular.

### 3 NI MADRES, NI PADRES

“El sujeto no se dice, sino que es dicho por alguien; existe, pues, como parte del mundo de otro (ciertamente disfrazado a su vez). El sujeto está dominado por un imaginario vivido como más real que lo real, aunque no es sabido como tal.”

C. Castoriadis.

“En el reino del sexo, el género y la procreación humanos ha estado sometido a, y ha sido modificado por, una incesante actividad humana durante milenios. El sexo, tal como lo conocemos —identidad de géneros, deseo y fantasías sexuales, conceptos de la infancia — es en sí un producto social”.

G. Rubin

En este capítulo, y desde la perspectiva de nuestro análisis, entenderemos la “realidad” como una construcción social capaz de dotar de sentido común a la vida cotidiana, y que alcanza su momento cumbre cuando se logra borrar las huellas mismas de su construcción. En este sentido, y teniendo como base una perspectiva teórica constructivista<sup>18</sup>, entenderemos que lo que existe es:

Un trabajo semiótico conocido como “realidad” cuyos significados avanzan sobre los significantes asimilándolos, “motivándolos”, imponiéndoles su medida, aunque en esa tarea no se ahorre énfasis discursivo, puesto que el mismo énfasis termina por escamotear sus condiciones de producción. (Gómez, 2001, pág. 197)

Frente a esto, veremos cómo los diagnósticos —en tanto que dispositivos de poder— incidieron directamente en la construcción de la “realidad” del pueblo. Éstos tuvieron como objetivo dotar de sentido sus prácticas sexuales y difundir sus contenidos para que hombres y mujeres

<sup>18</sup> “La realidad está ahí, pero cada observador desde perspectivas diferenciadas las define de diferentes modos produciéndose así “diferentes realidades”. (Pintos, 2005, pág. 38)

comprendieran su propio mundo desde aquellos discursos que emanaron desde la ciencia médica y asistencial como una verdad universal.

En términos políticos, partiremos de la base que la construcción médica y asistencial de la “realidad” del pueblo fue en sí misma un espacio de poder. Con esto hacemos referencia a que la producción de sentido de las experiencias de vida del pueblo, no puede pensarse sin considerar los efectos que ésta tuvo —o pudo tener— sobre los cuerpos de quienes han sido producidos a partir del discurso de otro/a. Y en este campo de disputa, el género y la sexualidad, fueron —a nuestro juicio— dos espacios claves para construir la “realidad” desde un imaginario y una ideología moral/sexual, con claros fines políticos y económicos. Por ello, a partir de un análisis crítico, veremos cómo operaron las categorías de familia, maternidad y paternidad en el discurso médico/asistencial para significar las conductas sexuales del pueblo y construir su “realidad”.

Cabe señalar que nuestro cuestionamiento por la construcción de la “realidad sexual popular”, surge a partir del libro escrito por el médico Salvador Allende (1939): *“La realidad médico social chilena”*; ya que en él condensó las temáticas y los objetivos de los debates producidos al interior de las revistas científicas analizadas y que fueron publicadas entre 1927 a 1937. Tal como el título de ese libro lo indica, médicos y “visitadoras” buscaron retratar en sus análisis, en una especie de radiografía del cuerpo popular, la *realidad* de su existencia. Así podrían comprender los intersticios más oscuros de un mundo bárbaro y desconocido ante sus ojos, y aproximarlos hacia un estadio de desarrollo que favorecería a toda la colectividad. Por ello consideramos que la “realidad”, como categoría social, es en sí misma una categoría que este contexto histórico encarnó todo un entramado de relaciones discursivas y de poder que incidieron en el orden simbólico y que sentaron las bases de la dominación por medio de verdades que traspasan las fronteras de la carne y se sitúan en el inconsciente colectivo. Lo que nos preocupa, es cómo en ese gesto, médicos y “visitadoras” avanzaron —con su lente ideológico— sobre el



pueblo y sus conductas sexuales para construir su “realidad”; aquella que fue vista como un problema, un factor determinante de la miseria y de la crisis moral del pueblo. Una “realidad” que por supuesto desconoce e invalida los códigos, los símbolos o las prácticas asociativas del mundo popular.

Es importante revelar que en el análisis de los artículos publicados en las revistas, hemos visualizado que médicos y “visitadoras sociales” no escribieron directamente sobre la sexualidad del pueblo. Más bien, ésta aparece como una categoría de análisis, como un lugar epistémico que permite identificar las causas de los males de la época. Por ello, hemos considerado que para comprender cómo operaron las categorías de feminidad/maternidad y masculinidad/paternidad en el discurso médico y asistencial, es necesario visualizar los argumentos ideológicos morales/sexuales que éstos/as utilizaron para describir el origen o las causas de diversos problemas médicos y sociales de ese entonces. Esto nos otorga la posibilidad de vislumbrar que el género operó en el análisis médico y asistencial sobre la vida del pueblo, como un imaginario que naturalizó determinados roles sociales y sexuales, que a la vez dieron sentido a la ideología de los/as expertos/as. Son categorías que no se cuestionan, sino que aparecen como argumentos dados de antemano para la comprensión de los fenómenos sociales.

A partir de esto entonces, es que en este capítulo buscaremos identificar la relación que los médicos y las “visitadoras sociales” establecieron entre el comportamiento sexual de los sectores populares y los males de la época. Pero además nos interesará develar el imaginario sobre la sexualidad y las relaciones de género que éstos poseían y que desde su perspectiva contribuirían en el *perfeccionamiento de la raza y el progreso de la nación*. Ante esto, nos adelantamos a plantear que este imaginario se naturalizó al interior de los debates y se convirtió en una matriz de sentido desde donde se significaron las conductas del pueblo para construir así: la “realidad” sexual popular.

Al realizar el análisis de las revistas, identificamos al menos siete problemas médico-sociales que los médicos y las “visitadoras sociales” asociaron con el comportamiento sexual de los sectores populares: a) las condiciones de vida; b) la ilegitimidad; c) la irresponsabilidad del hombre popular; d) el binomio madre-niño; e) los vicios; f) las enfermedades venéreas y g) la prostitución. Abordaremos cada uno de estos problemas y los reconstruiremos desde el discurso médico y asistencial que quedó registrado en los artículos publicados en Chile durante diez años. Allí presentaremos citas que nos permitan visualizar el imaginario de género y las categorías de feminidad/maternidad y masculinidad/paternidad que dispusieron para el análisis de las conductas del pueblo. El propósito será demostrar cómo tales categorías se naturalizaron en la producción de conocimientos y cómo incidieron en la construcción de la “realidad” sexual popular. Una “realidad” que aparece ante la mirada de los médicos y las “visitadoras sociales”, como un problema que debe ser abordado para transformar la vida del pueblo, reducir el descontento social y avanzar hacia el progreso social y económico.

De este modo, entenderemos que la “realidad” sexual popular no se construye como un dibujo en una hoja de papel en blanco, sino que se tatúa en los cuerpos en medio de una batalla por el sentido. Es una “realidad” que se construye sin cuestionar el orden simbólico desde donde se produce y que permite a las elites intelectuales, avanzar sobre los cuerpos y sus significados. Así pues, la afirmación: “*ni padres, ni madres*”; supone la existencia de una falta, pero también de un imaginario, de todo un entramado de saberes y discursos que se deslizan sobre los cuerpos de hombres y mujeres, y que le dan sentido a la satisfacción de sus impulsos sexuales y a sus relaciones sociales-sexuales.

En suma, en este capítulo nos aventuraremos a plantear que será a partir de estos diagnósticos y a partir de este tratamiento discursivo de diversos problemas sociales, donde se sentarán las bases para la construcción de la “realidad” sexual popular.

### 3.1 Las condiciones de vida

¿Cómo no ha de ser extraño que pueda coexistir la miseria con los progresos maravillosos de la ciencia?

M. Salas Marchan.

Para los médicos y las “visitadoras sociales”, las condiciones de vida en las que hombres y mujeres del pueblo desarrollaban su existencia, fueron una de sus principales preocupaciones como profesionales. Por ello, dirigieron su labor a identificar científicamente las causas de la miseria y de la pobreza humana que se manifestaba en las calles donde transitaban hombres, mujeres y niños/as desnutridos/as y enfermos/as. Pues, sin duda, la miseria en que se había sumido el pueblo era la principal responsable de la propagación de las enfermedades, de los vicios, los delitos y el fortalecimiento de su crisis moral:

En un solo pormenor, si sabéis dirigir vuestra observación al transitar por las calles, podéis apreciar la profundidad de su mal: reparad en la talla de la gente de trabajo y reconoceréis que disminuye. Un pueblo en que se reduce la talla, es un pueblo que se derrumba por el despeñadero de la decadencia. Detrás de ese fenómeno de empequeñecimiento corporal, aparece la desnutrición; y con ella, la carencia de elementos para formar el organismo: no es, por lo tanto posible que, si hay esta insuficiencia alimenticia, se yerga un cuerpo esbelto y vigoroso. Y como hay debilidad congénita, irrumpe y se propaga la tuberculosis... Y luego, injertándose en la miseria física, la miseria moral con vicios y delitos que ensombrecen más el cuadro. (Salas, 1936, págs. 14-15)

Así pues, gracias a sus investigaciones concluyeron que las condiciones de vida del pueblo eran el reflejo de la miseria provocada por la crisis política, económica y social; pero también por su falta de educación moral/sexual. Desde su perspectiva, la vivienda, la vestimenta, la alimentación, el salario y las condiciones higiénicas en las que los individuos se desarrollaban y se relacionaban entre sí, eran un indicador de la pobreza, pero también de su

incapacidad de establecer relaciones afectivas y sexuales legítimas que garantizaran un mínimo de bienestar material a sus integrantes. Ambos factores se relacionaban entre sí y constituían la realidad de la pobreza del pueblo.

Según la “visitadora social” Leo Cordemans (1928), las causas profundas de la miseria eran:

Los disturbios de la salud física y mental; la desproporción entre la demanda y la oferta de trabajo; los vacíos de la educación moral, de la instrucción general, profesional y doméstica; la insuficiencia de los salarios. (pág. 2).

Como resultado de su experiencia profesional, la “visitadora social” concluyó que si bien las condiciones materiales eran un elemento crucial para mejorar las condiciones de vida del pueblo, solo la educación moral garantizaría la constitución de un hogar *normal* (Cordemans, 1928) que transformaría las condiciones de vida de las personas.

Este principio fue compartido por los/as profesionales y a través de ellos buscaron demostrar que un hogar debía ser el espacio capaz de contener en su interior todos los elementos necesarios para formar la personalidad moral. Es decir, que era necesario que hombres y mujeres gozaran de una estabilidad económica para acceder a una vivienda digna, alimentación y vestuario; pero también era fundamental que ambos sexos asumieran sus responsabilidades sociales dentro de ese hogar para garantizar la supervivencia de nuevas generaciones y condiciones de higiene mínimas para resguardar su salud. El que los reuniese se convertiría en un hogar normal y el que carecía de ellos sería un hogar deficiente que exponía a todos/as sus integrantes a la miseria y a la muerte. Sin embargo, el deplorable panorama económico de los sectores populares (debido a los bajos salarios que los individuos recibían a cambio de su trabajo precario y muchas veces informal), acrecentaba la pobreza y restringía las oportunidades del pueblo para transformar su realidad:

La encuesta realizada en nuestra clase obrera da \$3,21 diarios para las familias en que la madre es el único sostén y \$12, 85 para aquellas familias en que, además de la madre, trabaja otra persona en la casa. En términos generales, la situación económica de esta gente del pueblo es mala, se alimenta deficientemente, viven en una pésima habitación y se visten de una manera insuficiente. (Recchione, 1935, pág. 579)

A raíz de ello, la Señorita Mac-Auliffe (1932) indicó que la conformación de la personalidad humana en su máxima expresión moral, necesitaba de un mínimo de bienestar material. Por esa razón, si el pueblo no disponía de condiciones materiales básicas y elementales para la reproducción de la vida, difícilmente sería capaz de constituir un hogar moral:

Base de las buenas costumbres es un cierto mínimo de bienestar material si este no existe o decae, la moral entra en peligro de transgresión; por lo tanto si se pretende que el hogar por constituirse sea moral hácese necesario exigir que éste se base por lo menos en un mínimo de bienestar material. (pág. 295).

A juicio de los médicos y “visitadoras sociales” el conventillo (como modelo de habitación popular), reflejaba la miseria del pueblo; pero a su vez demostraba que quienes vivían en esas condiciones materiales de vida quedaban expuesto a reproducir conductas sexuales inmorales. En muchos casos, la falta de espacios y el hacinamiento podían convertirse en causa directa de incesto y violación:

Padres, hijos, parientes y allegados duermen en un espacio muy restringido, disponiendo de una, a veces dos camas o jergones, lo que explica el número crecido de casos de incesto, violación de menores que existen en este medio” (De Bray, 1933, pág. 150)

Desde su perspectiva, los conventillos no eran más que un lugar inmundo donde agonizaba la raza:

Ranchos inmundos; cuevas o covachas propias para animales, “mejoras” de latas y gangochos que parecen corrales de chanchos; cuartos de “conventillos”, sin luz, sin aire, fétidos, húmedos, en que duermen amontonados hombres y mujeres, niños, aves y animales..., allí vive el pueblo; allí agoniza la raza. (Álvarez, 1937, pág. 24)

En base a esto establecieron que no podrían mejorar las condiciones de vida del pueblo, mientras el conventillo siguiera enseñoreándose como habitación popular, pues éste no era más que un verdadero *matadero humano*. Un foco de infecciones capaz de enfermar y llevar a la muerte a todos sus habitantes en medio de su oscuridad, su falta de ventilación y su falta de comodidades:

¿Será posible que en estas viviendas pueda desarrollarse una raza sana y fuerte? Mientras no se construyan habitaciones higiénicas apropiadas a nuestro pueblo, seguirá la amenaza encarnizada de todas aquellas enfermedades que destruyen a nuestra raza y que transforman a los obreros en las interminables filas de enfermos que se agolpan en las salas de espera de los Consultorios en demanda de atención médica.

En esas habitaciones en que se carece de todo elemento higiénico en que deberá desarrollarse la nueva generación constituida por los hijos de los obreros. (Maldonado, 1933, pág. 39)

Para la intelectualidad médica y asistencial, una habitación digna debía cumplir con su cometido fisiológico-social para que no se reprodujera la crisis del pueblo en la vida de sus hijos. Pues, estos últimos eran los que llevaban, desde su nacimiento, la tarea de hacer progresar la raza y la nación:

El hombre pasa las dos terceras partes de su vida en la habitación, por lo tanto, es fundamental que en ella se encuentre el reposo y la expansión lógicamente necesaria a un organismo agotado por el trabajo. Si esta habitación es insalubre o incómoda, o ni siquiera representa una habitación, no cumple con su cometido de fisiología social, y el hombre y sus hijos huyen de esta covacha en que sólo ven la objetivación de su miseria. (Recchione, 1935, pág. 580)

Para la señorita Mac-Auliffe (1932), el *espectáculo* que ofrecía la vida del pueblo en los conventillos, era el siguiente:

Conventillo: es decir colectividad que comprende ancianos, hombres maduros, jóvenes, mujeres, niñas, niños, viviendo casi en común, ya que si bien es cierto que cada familia tiene su pieza, no es menos cierto que se vive durante el día en el patio a cuyo rededor están las piezas, y en el cual están los servicios de agua, cocina, etc.

Viven en los conventillos toda clase de gentes; heterogeneidad suma de buenos y viciosos; callados y tranquilos algunos, pendencieros, audaces y soeces otros. Cada semana una gran borrachera con las consiguientes escenas del lenguaje obsceno y deshonestidades manifiestas.

Luego la pieza: habitada por un matrimonio y 4 a 6 niños, tenemos que el pequeño cuarto alberga 6 u 8 personas ¡y en qué forma duermen! ¡Cuán pocas veces encontramos dos catres para toda esta gente! Compréndase cuánta es la promiscuidad que se establece en esta forma de dormir y a qué se ven expuestos los niños y niñas en estas condiciones. Por estas razones y por las ya expuestas acerca de este medio ambiente, la precocidad sexual es una característica del bajo pueblo. (pág. 295).

Es por ello que los problemas sociales y morales de los sectores populares estaban asociados a sus condiciones de vida, ya que como en una cadena, todos los factores se relacionaban entre sí para reproducir la miseria. La falta de un hogar *normal* era causa suficiente para que se propagasen las enfermedades de transmisión sexual, se fomentara la promiscuidad de niños/as y jóvenes a temprana edad, y aumentara la delincuencia entre los niños/as y jóvenes. Al mismo tiempo establecieron que los hombres del pueblo, sin una familia por la que trabajar y hacerse responsables, continuarían encontrando en la cantina un espacio más cálido que su hogar para olvidar la miseria. Mientras, las mujeres buscarían en la prostitución los recursos necesarios para su sobrevivencia, sin reparar en sus deberes como madres. Como resultado de todo este panorama social, la violencia, la inmoralidad, la promiscuidad continuaría reproduciéndose en los conventillos y solo agudizarían la crisis social y económica del pueblo.

Cabe agregar además, que para los médicos y de las “visitadoras sociales” todos estos factores provocaban un aumento de las tasas de mortalidad infantil que imposibilitaban el surgimiento de nuevas generaciones de ciudadanos y trabajadores. De acuerdo a sus observaciones científicas, el hacinamiento en la que vivían los hombres y mujeres del pueblo dentro de los conventillos favorecía el aumento de las estadísticas de mortalidad:

(..) La estrechez en que vive el elemento obrero es tal, que las cifras que señala la estadística es de 4 personas por habitación. Esta misma estadística nos muestra que a mayor hacinamiento, hay mayor mortalidad. El índice de hacinamientos entre los fallecidos es de 4,24 y entre los niños que han llegado al octavo mes de su vida, es de 3,68. Resultado: gran influencia de la vivienda en el desarrollo psíquico del niño. Mayor mortalidad en relación al mayor hacinamiento. (Recchione, 1935, pág. 580)

En relación a ello la Señorita Mac-Auliffe (1932) afirmó:

Las enfermedades son las primera manifestaciones de la desnutrición, de la pieza anti-higiénica, de la aglomeración; uno a uno muchas veces van desapareciendo los hijos primero, incapaces de resistir en su tierna edad la dureza de una vida de indigencia; nuevos seres van llenando estos vacíos para afrontar a su vez la misma situación, algunos resisten otros caen: nuestra mortalidad infantil que ha sido durante mucho tiempo la más elevada de los países civilizados: 240 por c/1000 nacimiento justamente ha preocupado y ha hecho crear grandes servicios de atención pre-natal, natal y post-natal, ha comprobado que si ella es tan elevada se debe también a su relación con el elevado número de nacimientos que tenemos. (pág. 291)

Lamentablemente, la falta de recursos económicos y de higiene en los conventillos, junto con el desconocimiento que tenían las mujeres del pueblo sobre la maternidad y la lactancia, hacía casi imposible la preservación de la leche materna para la alimentación de los/as infantes y por este motivo muchos/as de ellos/as morían en sus primeros meses de



vida. Por esta razón afirmaron que la mortalidad infantil aumentaba en los medios pobres, ya que:

La pobreza origina descuidos con la leche, que provienen de la falta de higiene, de la habitación deficiente, de la falta de recursos, etc. (Porcher, 1930, pág. 7)

Como puede observarse, las conclusiones obtenidas de las investigaciones científicas sobre la realidad médico-social chilena; las conductas sexuales del pueblo aparecieron como un indicador clave para la comprensión de una serie de problemáticas sociales y biológicas relacionadas con la pobreza. Por la misma razón se convirtieron en una variable que debía ser transformada para generar un impacto social mucho mayor y más profundo que lo que podían generar un poco más de recursos económicos dentro de los hogares. Como resultado de ello, la comprensión y análisis de la pobreza no quedó sujeta únicamente a variables socio-económicas, sino también, a variables culturales como los roles sociales/sexuales y de género, y los placeres sexuales.

Frente a sus ojos, todos estos elementos ratificaban que la transformación de la realidad del pueblo ya no era tarea exclusiva del Estado y de los recursos económicos que éste podía proporcionarle. Sino que también era responsabilidad de los individuos. Por eso indicaron que era necesario educar al pueblo en los principios morales que regulaban la sexualidad en miras de un proyecto social, que a largo plazo, beneficiaría a toda la colectividad. Así pues, concluyeron que a través de la familia, hombres/padres y mujeres/madres serían capaces de transformar sus condiciones de vida y la de toda su descendencia.

### 3.2 La Ilegitimidad sexual popular

Una de las primeras obligaciones que se le inculca a una visitadora social en nuestra escuela es, antes que todo, tratar de conservar la familia, de ayudar a formarla, de evitar por tanto el abandono del niño, porque la familia es la célula orgánica de la civilización; todo ataque a esta institución sagrada tiende a disminuir la fuerza de resistencia de la sociedad y facilita, por tanto, la tarea perversa de sus destructores.

Samuel Gajardo.

Del amor espontáneo de un hombre y una mujer, surgía, ante la mirada de los médicos y las “visitadoras sociales” uno de los grandes males del pueblo: *la ilegitimidad*.

Para ellos/as, las relaciones sexuales que los hombres y las mujeres experimentaban fuera de los marcos legales del matrimonio civil fueron consideradas ilegítimas. En su opinión, estas conductas sexuales debilitaban la vida y la salud del pueblo y exponían a miles de personas a los flagelos de las enfermedades venéreas, la propagación de los vicios, la delincuencia, la mortalidad infantil, los abortos y la prostitución. Una serie de problemas médico-sociales que terminaban por agudizar la crisis y el descontento social.

La ausencia de condiciones materiales de vida y las dificultades que presentaba el escenario de crisis económica para los sectores populares, contribuía —a juicio de los/as profesionales— en que la unión matrimonial no fuese una prioridad, ya que, lamentablemente, la constitución de un hogar requería al menos de una situación económica óptima para poder satisfacer las necesidades de cada uno de sus integrantes. Además, se consideraba que los hombres y las mujeres del pueblo desconocían absolutamente sus deberes y sus responsabilidades sociales/sexuales. Por estos motivos, la ilegitimidad fue considerada como una consecuencia de

las deficiencias morales, de la falta de conocimiento y de la poca importancia que los sectores populares le atribuían al matrimonio y al hogar como instituciones de trascendencia social.

Si observamos la tabla 1, podemos comprender que las tasas de nupcialidad marcaron un retroceso en los primeros años de la década de 1930; justo cuando la gran crisis del capitalismo mundial tuvo grandes repercusiones en la economía nacional y empeoró las condiciones de vida del pueblo. Para los/as profesionales, estos datos demostraban que los factores económicos dificultaban la conformación familiar en el mundo popular, pero que solo una moral sexual fuerte podría modificar las cifras de nupcialidad. Por eso aseguraron que resultaba necesario instaurar en el pueblo una moral sexual que dirigiera sus impulsos hacia la conformación de una familia, para revertir los efectos materiales y morales de la crisis en el mundo popular.

**Tabla 2.**  
**Nupcialidad. Promedio anual por mil habitantes.**

| AÑOS    | NUPCIALIDAD |
|---------|-------------|
| 1926-30 | 9,3         |
| 1928    | 11,6        |
| 1929    | 10,1        |
| 1930    | 9,2         |
| 1931    | 6,7         |
| 1932    | 6,6         |
| 1933    | 6,7         |
| 1934    | 7           |
| 1935    | 7,3         |
| 1936    | 7,5         |
| 1937    | 8,3         |

Fuente: Allende, Salvador (1939), *La Realidad Médico-Social Chilena*, Chile: Ministerio de Salubridad de Chile. Pág. 16.

Por este motivo coincidieron en que tanto los factores económicos como morales, propiciaban la falta de responsabilidad social en los hombres y las mujeres del pueblo frente al acto sexual. Pero también lo hacían la falta de conocimiento y la poca importancia que éstos le atribuían al

matrimonio y a la familia como la base de toda sociedad. Según el diagnóstico de la Srta. Mac-Auliffe (1932), el pueblo tenía una:

- a) Carencia absoluta de hábitos higiénicos.
- b) Falta de concepto acerca del matrimonio y del hogar como instituciones de trascendencia social.
- c) Absoluta falta de responsabilidad del hombre frente al hogar que él forma.
- d) Inconsciencia de la mujer para formar una unión sin exigir que para ello se le presente siquiera una pieza con los útiles más indispensables para comenzar su nueva vida (pág. 294).

Como consecuencia de ello, los/as expertos/as afirmaron que el instinto sexual y la familia eran la base de la acción moral y mantenían una conexión estrecha. Por ende, no era posible concebir la existencia de una relación sexual sin el proyecto de construir una familia bajo el alero del Estado:

Entre los instintos sociales, he citado el instinto sexual y el de la familia; están en conexión estrecha y ambos son bases de acción moral y social de un valor inmenso y, por decirlo así, completamente desconocidos. (Mulle, 1930, pág. 25)

El problema era que sus investigaciones les habían permitido comprobar que en los sectores populares existía una falta de armonía entre el instinto sexual y la forma en que éste se debe ejercer. Su ignorancia y falta de educación moral, les impedía comprender que las relaciones sexuales requerían de un grado de responsabilidad social. Para el Dr. Eduardo Rioseco (1934), el instinto sexual debía tener por fin la procreación, pero lamentablemente en el escenario moderno, éste se había convertido en un acto voluptuoso que no medía las consecuencias que podían desprenderse de la relación sexual libre y espontánea. Ante esto advierte:

“La vida social moderna, complicada y difícil, ha traído esta disarmonía entre el instinto sexual y la forma en que se debe ejercer. El acto sexual ha perdido en el concepto de la juventud su finalidad principal, que es la procreación y se ha trocado, sólo en un acto voluptuoso. Las trabas del matrimonio han traído el libertinaje sexual y la prostitución con sus graves consecuencias físicas y morales. (Rioseco, 1934, pág. 324)

En su artículo, el médico aseguró que el acto sexual biológico requiere de un control e impone una responsabilidad social; porque no es patrimonio del individuo, sino que también pertenece a la especie misma. En consecuencia, afirmó que el acto sexual necesitaba regularse, educarse y controlarse por medio de la asignación de unos deberes sociales y sexuales para hombres y mujeres al interior de la familia, para alcanzar el bienestar de toda la colectividad. El problema era que en el pueblo, tales deberes y la importancia social de la familia, eran absolutamente desconocidos.

La inexistencia de un contrato social/sexual matrimonial entre hombres y mujeres, contribuía en que ambos se unieran por la inclinación natural o del instinto sexual, sin tener un control legal de la vida conyugal que determinara la responsabilidad que cada una de las partes debía tener en el acto de unirse sexualmente con otro. Como no había conciencia de la responsabilidad de guiar el instinto sexual, el nuevo ser que nacía de la unión ilegítima, era recibido como aquel que da más gastos, pues nunca había sido deseado dentro de la pareja.

Según los/as expertos/as, por medio del matrimonio se constituía la familia y ella garantizaba que hombres y mujeres cumplieran con sus obligaciones sociales que implicaban entre otras cosas, el reconocimiento legal de los hijos por parte de padre y el cuidado materno de los/as niños/as desde su infancia. De este modo quedaban resguardados los principios de educación social y moral de los hijos, futuros ciudadanos y trabajadores (Mulle, 1930). Si no existía esta unión legal —advertían— las tasas de mortalidad infantil, el abandono de los niños ilegítimos aumentaría. De hecho en 1930, la “visitadora” M. Mulle, reconoció que

en su experiencia había podido observar que la madre de un niño ilegítimo, al carecer de condiciones de vida mínimas para la crianza; se veía obligada a abandonar a sus hijos/as en las puertas de los hogares de expósitos, a abortar o a rechazar a la criatura desde el momento que sabía que estaba embarazada. Desafortunadamente, ese hijo le recordaba la miseria en la que vivía y al hombre que había desaparecido con total impunidad.

En esta misma línea de análisis, la Srta. Mac-Auliffe (1932) diagnosticó que:

En suma: el hombre y la mujer se unen por el solo hecho de la inclinación natural del uno por el otro, lo cual hace que en la vida conyugal también sólo se rijan ambos por tendencia natural, sin control alguno, sin detenerse ante las consecuencias que este sistema trae consigo, el hijo es recibido no como un ser que demanda nuevos gastos, nuevos esfuerzos, sino como una adición enteramente sin trascendencia. (pág. 296)

De este modo, las uniones ilegítimas eran una de las causas que contribuían en la mala conformación de los hogares populares y dejaban a los/as niños/as expuestos a sufrir las consecuencias de la miseria y de la falta de educación moral y sexual de los padres:

Las uniones ilegítimas, son otra causa frecuente de la destrucción del hogar. Los cónyuges no se sienten unidos por los vínculos legales, y cualquier día se separan sin importarles la suerte de los hijos, que no tienen culpa. (Gajardo, 1929, pág. 204)

Por este motivo, los médicos y las “visitadoras sociales” consideraron que la ilegitimidad de las relaciones sociales y sexuales del pueblo, eran un factor que contribuía en el aumento de las tasas de mortalidad infantil, pues las estadísticas mostraban un crecimiento en aquellos hogares donde la unión entre los padres no había sido legalizada por el matrimonio civil:

La ilegitimidad es una causa que está de manifiesto en la estadística de aumento de la mortalidad infantil. (...) De cien niños fallecidos entre los hijos de asegurados, que es la población que hemos podido controlar, 56 son ilegítimos y 44 legítimos. Las razones son claras y bastará con enunciarlas. (Recchione, 1935, pág. 576)

El niño y la niña, inocentes de todo mal, quedaban expuestos a sufrir las consecuencias del amor espontáneo de sus padres que nunca repararon en la necesidad de conformar un hogar para darle un sustento social, económico y moral a esta nueva criatura. El problema de la nefasta constitución de los hogares del pueblo, era que ésta estimulaba una sobrecarga del gasto social que la sociedad en su conjunto debía asumir para hacerse cargo de los/as niños/as que habían nacido fuera del matrimonio y que vivían abandonados en las calles o en las casas de expósitos, por lo que se hacía necesario legalizar las uniones amorosas para depositar gran parte de la responsabilidad social en los padres naturales:

Poco a poco dos consideraciones se han impuesto: una es que el niño nacido fuera del matrimonio es inocente de todo mal y tan merecedor como los otros de gozar de los beneficios de que disfrutan. La otra es la de que; pagando dichos niños con la enfermedad y la muerte las consecuencias de la falta de un hogar, la sociedad se ve gravada de una enorme sobrecarga de acción social por causa de estos niños; sobrecarga que sería en gran parte aminorada si la responsabilidad por el cuidado de los niños nacidos fuera del matrimonio recayese sobre sus padres naturales. (Valdés, 1928, pág. 193)

Además, entre los casos sociales que fueron tratados por las alumnas de primer año de la escuela de servicio social, es posible observar que la ilegitimidad de las relaciones sociales/sexuales entre hombres y mujeres del pueblo fue considerada como un factor de la vagancia de niños/as en las calles. La historia era siempre la misma: de la unión espontánea de un hombre y una mujer guiada por el instinto sexual nacía un/a niño/a que nunca había sido esperado/a, ni deseado; el padre se daba a la fuga y la madre en su desgracia de tener que mantener una vida sin los recursos

necesarios para ello, incurría en el abandono de la criatura. Ni uno ni el otro tenían claros sus roles ni su responsabilidad social en el acto sexual, el seductor biológico no tenía responsabilidades legales con su hijo y la madre no había alcanzado a desarrollar el instinto maternal.

Ante el abandono, no había quien no se apiadase de esa vida triste y dolorosa que nunca había tenido a una madre que lo cobijara o lo protegiera de las adversidades de la calle, ni tampoco un padre fuerte preocupado por su alimentación y su sobrevivencia. Tristemente, los/as niños/as, debían buscar por sus medios a quien pudiese darle un refugio acogedor que le permitiera sobrevivir en medio del abandono.

Un caso social cuenta la historia de un niño que vagaba por las calles:

UN NIÑO QUE VAGABA POR LAS CALLES. — — Llegó hasta la Parroquia de Andacollo buscando un refugio acogedor, ansiando encontrar allí un alma piadosa que se condoliera de su orfandad, de su abandono.

Era la hora del Catecismo: muchos chicos llegaba allí a escuchar las piadosas enseñanzas. Todos iban muy limpios, muy cuidados. Sus trajecitos, aunque pobres, denotaban el cuidado y la atención de manos maternales y... sólo él, pensaba entristecido, no tenía quien cosiera sus ropas ya raídas, quien cubriera su cuerpo y su cariño su cuerpo entumecido.

Su madre lo había abandonado en una pieza de conventillo cuando era un pequeño de tres años. Su padre?... no lo conoció: uno más que no tuvo corazón, que no sintió jamás el noble amor paterno, que no alcanzó a comprender en su ignorancia, la infinita ternura o el posible apoyo que le prestaría en la ancianidad un hijo agradecido. (Jelvez, 1928, pág. 224)

¿Podría haberse evitado semejante tristeza si los padres hubiesen estado unidos legalmente por un contrato matrimonial? Los/as expertos/as aseguraban que sí, pues esa unión matrimonial hubiese favorecido el reconocimiento legal de la criatura y hubiese asegurado la responsabilidad de ellos frente al nuevo ser. La madre hubiese tenido el apoyo del padre



para poder entregarle al niño/a el sustento material y moral para que pudiese convertirse en un sujeto íntegro, digno y seguro de sí mismo.

Así, la preocupación por los niños y niñas del pueblo adquirió una razón política y económica; tal como las uniones ilegítimas. Claramente, no era posible imaginar una sociedad libre de males si desde la base, no existía un organismo que fuese capaz de sembrar las semillas para que germinasen en el campo de la salud y la moral. Por ello consideraron que aun cuando el Estado desarrollase una serie de políticas sociales, éste sería incapaz de regular y controlar los males que se reproducían al interior de los conventillos por la falta de responsabilidad social y sexual de hombres y mujeres. Por este motivo concluyeron que incurrir en gastos no solucionaría todos los problemas del pueblo si no existía una educación social y sexual capaz de disciplinar los impulsos sexuales de hombres y mujeres. En consecuencia, establecieron que la vida sexual normal debía resumirse a los hombres y mujeres del pueblo desde la infancia en las palabras: “*Unión, Amor, Maternidad, Paternidad, Familia*” (Rioseco, 1934, pág. 323). Solo de ese modo sería posible conformar una sociedad en la que hombres y mujeres buscaran satisfacer sus impulsos sexuales al interior de la familia y del matrimonio, para el beneficio de toda la colectividad.

En efecto, en las reflexiones de una iniciada en el servicio social, se puede observar cómo ésta, gracias a su experiencia laboral con el pueblo, comprobó la importancia del matrimonio como núcleo de la sociedad. Según ella, una unión legal podía mejorar las condiciones de vida de los de los padres y de los hijos:

Esta familia no estaba constituida, el padre era un borracho, la madre no tenía nociones de sus deberes maternos, la casa era un antro de miseria; ahora está legalizada la unión, los niños van al colegio, la guagua duerme sola en su cunita, todo está aseado, se alimentan económica y racionalmente, el padre trabaja y ayuda a su familia, etc. (Carrasco, 1928, pág. 12)

Un hogar bien constituido se convertía en base de la sociedad, que encontraba en su interior las condiciones óptimas para la reproducción de la especie humana y el mejoramiento de la raza. Mientras existiera padre y madre, unidos por un contrato legal, el niño y la niña tendrían los ejemplos para seguir avanzando y reproduciendo la especie en el escenario familiar. El Dr. Eduardo Riosco (1934) planteaba:

En el seno de la familia, podrá ver la niña pequeña el reconocimiento que debe tener para con su madre que la trajo al mundo, la alimentó y la colmó de cuidados, para con el padre que ha trabajado para poder cumplir con las necesidades de la madre y del hijo y, por fin, que la familia, el resultado de la unión del padre y de la madre, constituye la base de la sociedad y de la misma, la que asegura la continuación de la especie. (pág. 323)

Por estos motivos y para transformar la realidad sexual popular, debía iniciarse toda una política de reconstitución legal de las uniones ilegítimas y de los roles y los deberes de cada una de las personas que integrasen la pareja, pues como se había observado:

Cuando en el hogar faltan el padre o la madre, se produce un vacío doloroso, cuyas consecuencias recaen sobre los hijos. La autoridad del padre suele ser indispensable para dirigir la conducta de los hijos, y con frecuencia la debilidad de la madre es importante para suplirla.

El cariño solícito y bondadoso de la madre también es indispensable para los hijos, y a veces, cuando ella falta, se le ha destruido todo el hogar. (Gajardo, 1929, pág. 204)

En suma, para los médicos y las “visitadoras sociales”, mientras no hubiese uniones legales, la miseria del pueblo se reproduciría en la ilegitimidad de los amores populares inmorales y libertinos, guiados por el impulso sexual y no por la razón científica.

### 3.3 La irresponsabilidad del hombre popular

En la casa de huérfanos se presentó un individuo pidiendo colocación para una niña de 8 años, que según decía, era hija sólo de la mujer con quien vivía; tenía ya también asilado a otro niño, hijo de ambos. Aconsejado por la visitadora a regularizar su familia y reconocer a sus hijos, aceptó hacerlo, y la Visitadora puesta en movimiento para hacer los trámites necesarios y facilitarle el camino, comprobó que había faltado a la verdad desde un principio, pues no dio jamás la dirección de su casa, sólo quedaba a encontrarse con ella en diferentes puntos, encontrándolo casi siempre. Pidió una de estas veces \$50 para verificar su matrimonio religioso, pero la Visitadora le ofreció conseguir del señor cura párroco el servicio gratuito; citado al día siguiente para encontrarse con el sacerdote y la Visitadora en la curia, este individuo no apareció.

Encontrándose accidentalmente la Visitadora en la Oficina de Informaciones de la Escuela, le tocó atender el pedido de una mujer que solicitaba ayuda para asilar a dos niñas, pues se hallaban en la más absoluta miseria. Al hacer la encuesta respectiva en el domicilio de la solicitante, la madre resulta ser otra mujer del hombre citado anteriormente y con cinco niños, hijos de ambos; no existe miseria en ningún caso, todas las personas que pueden trabajar lo hacen y viven con relativa holgura. Según los datos recogidos, el hombre pedía los \$50 para abandonar Santiago y conjuntamente sus dos irregulares familias. (Algunos casos sociales solucionados por las Visitadoras, 1927, pág. 184)

A partir de este caso social expuesto en la revista de *Servicio Social* el año 1927, se evidencia uno de los grandes problemas sociales y morales que a juicio de los médicos y “visitadoras sociales” afectaban directamente al mundo popular: *la irresponsabilidad del hombre*.

Lamentablemente, el hombre del pueblo tendía—permanentemente—a la imprevisión. Era versátil, no tenía estabilidad domiciliaria, se relacionaba con una y con otras mujeres sin medir ni controlar sus impulsos sexuales. Y peor aún; era incapaz de medir las consecuencias de sus actos. En la mayoría de los casos—en sus uniones sexuales espontáneas e ilegítimas—dejaba embarazada a una mujer para luego abandonarla a ella y sus hijos en la más absoluta miseria. Se le declaraba bebedor y que tendía a

encontrar en la cantina un lugar donde malgastar su dinero en vez de alimentar a los hijos, que generalmente no reconocía legalmente. Este hombre, tal como aparece en el caso expuesto por la “visitadora social”, era capaz de tener más de un hogar e incluso solía abandonarlos por el afán de libertad que le daba sentido a la masculinidad de esos años.

La Srta. Mac-Auliffe (1932), define al hombre del pueblo de la siguiente manera:

Sin tener la pretensión de conocer a fondo la psicología propia del pueblo chileno, puedo no obstante opinar que nuestros hombres tienen una marcada tendencia a la imprevisión, casi podría decir que tienen un espíritu versátil enemigo de posar sobre la realidad de la vida y de reflexionar en la consecuencia de sus actos, en una palabra: revélase irresponsable. (pág. 296)

Pero, ¿Qué factores incidían en esta realidad? La “visitadora social” responde a esta interrogante a partir de la información recopilada en su relación directa con el pueblo:

El tipo de hombre que consideramos vive materialmente de cualquier modo, a la edad de 18 años ya ha dejado el hogar de sus padres y se ha hecho hombre en la escuela práctica de la experiencia: recorriendo tierras, barrios, faenas y patrones. Este género de vida le ha habituado a vivir el día a día, así es como él despreocupado, confiado, afable, halagüeño; ama la vida así, con todas sus inclemencias, y sólo se atiene al momento preciso que vive. Vivir el momento, venga después lo que viniere: he aquí el punto de vista. (Mac-Auliffe, 1932, pág. 296)

Según los estudios realizados por la Srta. Mac-Auliffe (1932), entre los hombres del pueblo existían al menos dos grupos. Uno con oficio especializado: obrero; y otro que vivía del trabajo en general: jornalero. El obrero tenía un trabajo estable y a razón de ello lograba conseguir una *casita* propia en un cité y su salario le permitía tener las condiciones

higiénicas y materiales necesarias para él y su familia, ya que siempre apoyado por su esposa *lograban sacar adelante a sus hijos*. El gran problema —planteaba— era que la mayor cantidad de los hombres del pueblo trabajaban *en lo que cae* (el jornalero), de las ofertas laborales del mercado. Su situación laboral era la siguiente:

Desempeñase él en cualquiera faena que sólo requiere brazos de fuerza; trabajos de pavimentación, preparación de cimientos para construcciones, traslado de cargas, excavaciones. Su trabajo es irregular y, terminada una faena, es necesario que busque nueva obra, nuevo patrón. Durante el invierno tiene trabajo en la ciudad, durante el verano el campo lo siente bienvenido para la recolección de cosechas... está malo el trabajo en el Norte, se viene al Sur; se compone el trabajo en el Norte, para allá se engancha. La naturaleza de estos trabajos han hecho pues del jornalero un tipo casi nómada, y esta condición especial de vivir sujeto a la eventualidad de la faena para proveer a su subsistencia ha originado la inestabilidad domiciliaria que constituye un rasgo tan característico de nuestro pueblo. (pág. 290)

Para la Srta. Mac-Auliffe la irresponsabilidad del hombre se encontraba directamente ligada al tipo de trabajo informal que provocaba que éste recorriera *tierras, barrios, faenas y patrones*. En su necesidad de sortear sus necesidades básicas y sobrevivir, debía desplazarse a lo largo y ancho del país, habitando cada lugar por el tiempo que durara la faena. Como resultado de esta situación, el hombre del pueblo solo se atenía al *momento preciso en que vivía*, no le interesa formar una familia y tampoco unirse en matrimonio con una mujer. Para él, su mayor preocupación era su propia sobrevivencia y satisfacción que sorteaba cuando andaba errante por los caminos. Este hombre, sin reflexionar sobre las consecuencias de sus actos, se posicionaba frente a la vida desde la imprevisión pues no tenía mayor responsabilidad que sobrevivir. Por eso la “visitadora” afirmó que mientras éste no tomase conciencia de su responsabilidad social con los hijos que engendra, ni con la o las madres de esos niños, siempre provocaría una desarticulación de la vida en sociedad.

Pero, bajo la mirada de médicos y “visitadoras” ¿Qué problemas sociales traía consigo la irresponsabilidad del hombre en el mundo popular? A partir de las revistas analizadas, hemos podido observar que en la relación directa con el mundo popular y sobre todo con la mujer de pueblo, los/as profesionales de la medicina y del servicio social concluyeron que este fenómeno tenía las siguientes repercusiones sociales: a) afectaba principalmente la constitución legítima/legal de los hogares del pueblo; b) incidía en el abandono de las mujeres y de los hijos que habían nacido de una unión generalmente espontánea e ilegítima; y c) al no tener responsabilidades familiares (y aunque las tuviesen), los hombres tendían a gastar su salario en alcohol, en el comercio sexual y en otros vicios; situación que incidía en la proliferación de enfermedades venéreas y en los problemas médicos de la herencia.

### 3.3.1 Las uniones libres

En relación al primer punto afirmaron que la situación del hombre popular perturbaba la constitución de los hogares del pueblo. En primer lugar porque para él, amar a una mujer era solo *cuestión de hacerla suya*, sin importarle las leyes, ni las consecuencias que podían desprenderse de una unión libre. Y en segundo lugar, porque su condición de hombre errante conllevaba a que éste, tal como cambiaba de faena, cambiara también de mujer. Es a razón de esto, que la Srta. Mac-Auliffe (1932), expuso que para él:

Amar a una mujer es cuestión de hacerla suya, no se preocupa de las leyes, mucho menos de la sociedad... los suyos han hecho ya otro tanto... y, así se habitúa el hombre a hacer esas uniones libres que hacen que Chile tenga ilegitimidad en el 37% de la población. Él cambia de barrio, cambia de pueblo en busca de la faena del momento y, desgraciadamente, también cambia frecuentemente de mujer. (pág. 296)

Por tanto, para él, el acto de unirse con una mujer no tenía más sentido que satisfacer su impulso sexual, sin considerar la responsabilidad social y moral que era propia del acto sexual.

Muchas mujeres seducidas por los encantos de un hombre errante, caían en la tentación de unirse sexualmente a él, sin esperar nada a cambio más que sus promesas y falsos sentimientos. El problema era que a raíz de esto, nada ni nadie podían garantizar que algún día esa unión se convirtiera en legítima, legal y verdadera; pues el hombre popular no sentía la necesidad, ni el deseo de quedarse junto a la mujer que había seducido con sus encantos viriles. Aun cuando de su vientre naciera el fruto de ese amor espontáneo: un/a niño/a (que por cierto, también sería abandonado/a por su padre). Por este motivo, a la mujer del pueblo solo le quedaba esperar que la “visitadora social”, por medio de su acción, intentara convencer a ese hombre de su responsabilidad con ella y con sus hijos, para que éste —por fin— decidiera casarse con ella:

“Otras tienen el mismo anhelo que, desgraciadamente, no es correspondido por el padre de sus hijos. A pedido de ellas trato de persuadirlos, de despertar el sentimiento de su responsabilidad moral y social, su deber de mantener y educar sus hijos. Vanos esfuerzos, las respuestas evasivas me dejan comprender que ese hogar no se constituirá nunca legalmente. Y así veo, no muy lejano, el sombrío porvenir de una madre que no pudo resistir al cariño, abandonada con sus pequeñuelos, agobiada por el peso de una familia...” (Fierro, 1929, pág. 262)

### 3.3.2 El abandono

En relación a esto, médicos y “visitadoras” concluyeron que de la incapacidad del hombre por formar hogares bien constituidos, surgía el segundo problema que hemos identificado en los diagnósticos: *el abandono*. Tanto de la mujer/madre y de los hijos/as que nacían de esa unión espontánea e ilegítima.

Para las “visitadoras” (que fueron quienes desarrollaron de forma más exhaustiva esta problemática), el *abandono* era un problema que tenía origen en la falta de educación moral de los hombres y en la falta de conciencia y responsabilidad social que guiaban sus actos. Sin embargo afirmaron que este problema se agudizaba aún más en Chile, ya que por ley, estaba prohibida la investigación de la paternidad. Hasta 1935<sup>19</sup>, no existió ningún código legal que obligara al hombre a hacerse responsable de su descendencia y protegiera a los/as hijos/as nacidos/as de sus uniones ilegítimas. A razón de esto se consideraba que la educación moral implementada en las escuelas nunca sería suficiente para controlar la forma de actuar del hombre popular si no existía la fuerza de una ley que sancionara sus conductas erráticas. Por este motivo las “visitadoras”, los médicos y los juristas de la época coincidieron en que éste era un problema legal de vastas y fatales consecuencias para los niños y las niñas del pueblo, ya que nunca recibirían el apoyo económico, social y moral del padre. Y la madre, en el mejor de los casos, cargaría sola el peso de la crianza de sus hijos/as. O bien, como en el mayor y peor de los casos, abandonaría a sus hijos/as en las casa de expósitos e incluso, en alguna pieza de conventillo. La señorita Mac-Auliffe (1932), explica esta situación de la siguiente manera:

Mas, no basta que la escuela forme la conciencia para producir un individuo moral, aunque su enseñanza se grave con carácter indeleble en la mente y el corazón, porque el hombre al avanzar en la vida cae fácilmente en la res de una pasión y puede sacrificar sus ideales más elevados y sus deberes más agrados en aras de ella; necesitase entonces en la vida una fuerza que, si no es mayor que la convicción personal, es en un momento dado la salvaguardia de ésta, y en último caso la reparación. Esta gran fuerza es la legislación.

<sup>19</sup> Ley 5750, de *Abandono de Familia y Pago de Pensiones Alimenticias* de diciembre de 1935 y dictada por el gobierno liberal-conservador de Arturo Alessandri. (Illanes, 2006, pág. 418)



Sabemos ya que transcurrió más de un siglo en nuestra vida de pueblo independiente antes que en Chile se hiciese obligatoria la Instrucción Primaria, pues bien, nuestra legislación concerniente a la familia, que es la célula origen de la Nación misma, tiene vacíos que le impiden ser esa fuerza que detenga al individuo antes de dar un paso, temeroso de sus consecuencias, o que en el último caso le obligue a volver sobre sus pasos y reparar los perjuicios que haya ocasionado a los seres dependientes de él; por ejemplo: en Chile está prohibida la investigación de la paternidad de modo que el hombre puede salvar su responsabilidad de haber engendrado un hijo en su negativa de reconocer su paternidad.

Luego, no se conoce como el delito de abandono de la familia, de modo que un padre que abandona a su mujer e hijos, en la práctica escapa sin sanción alguna. (pág. 297)

A diferencia de la paternidad ilegítima, la paternidad legítima hacía más fácil el reconocimiento de los hijos, pues se consignaba: que el hijo que nace después de ciento ochenta días subsiguientes al matrimonio, se reputa concebido de él y tiene por padre al marido (López, 1933). Por tanto era casi imposible que el hombre se desligara de sus responsabilidades. En consecuencia, si el hijo tenía padre conocido, existía un organismo jurídico encargado de velar por el cumplimiento de sus responsabilidades con su descendencia, porque de no hacerlo, se le buscaba y penalizaba por: *delito de abandono de familia*.

El gran problema de la paternidad ilegítima, radicaba en que mientras no existiera una declaración afirmativa, hecha bajo juramento, de un hombre respecto de la paternidad; resultaba complejo, y hasta a veces imposible, determinar quién era efectivamente el padre de la criatura si no se tenía algún documento legal que ratificara este hecho. Por tanto, y según los juristas de la época, si no existía una ley que facilitara la investigación de la paternidad, se consentía que los padres ilegítimos gozaran de una verdadera libertad respecto a sus deberes y obligaciones frente a relaciones transitorias o permanentes que se desarrollan fuera de la ley (López, 1933).

### 3.3.3 Enfermos y viciosos

Finalmente, como el hombre del pueblo tendía a vincularse de manera espontánea con una y otra mujer, a no conformar una familia de manera legal e incurrir en el abandono de los hijos que nacían de esa unión; es que tendía a malgastar su dinero en las cantinas (donde el alcohol era el mejor compañero de sus días), y en el comercio sexual. Desde la mirada de los/as expertos/as, esta situación agravaba la realidad médica y social de la época en la que reinaban la sífilis y la gonorrea.

Lo más dramático de esta situación era que el hombre de pueblo, muchas veces borracho e infestado de sífilis, abusaba de sus hijas al interior del conventillo, sin reparar en el daño que le provocaba y en el delito en el que incurría. Su irresponsabilidad lo convertía en un grave peligro para los/as hijos que habían nacido de sus uniones sexuales espontáneas. Esta situación se retrata en un caso social de la siguiente manera:

Se presentó en la oficina de informaciones de la Escuela de Servicio Social, la Madre de una chica de 11 años en la angustia y desesperación más completa, casi trastornada, implorando la ayuda para salvar a su hija que había caído en la desgracia de ser ultrajada por su propio padre. Hecha la encuesta se constató que el hombre era sífilico y que ya había sido condenado antes por incesto, fué expulsado de la casa por su mujer quien considera en peligro sus demás hijas, y que prefiere vivir aún pobremente sin su ayuda y trabajar sólo ella para mantener a su familia compuesta de 8 hijos; para ese objeto se le han dado consejos y ayudado en lo posible. (1927, pág. 182)

Con todos estos antecedentes, queda de manifiesto que para los médicos y en especial para las “visitadoras sociales”, un hombre debía cumplir con su deber de esposo y padre proveedor para lograr transformar el cuadro clínico de la moral y de la pobreza que azotaban al país. El hombre debía ser responsable de su descendencia, de su salud y de su vida. Debía convertirse en el guardián económico de una familia en miras del progreso de la nación. Debía renunciar a la prostitución y al alcohol, todo para formar un hogar *bien constituido* (Rosemblatt, 1995).

### 3.4 El binomio madre y niño<sup>20</sup>

Ese niño nunca será huérfano, mientras su madre, que un día lo odió sinceramente, pueda vivir para él.

Luis Calvo Mackenna.

Para los médicos y las “visitadoras sociales”, el gran problema de las mujeres del pueblo era que vínculo *natural* que las unía con los/as hijos/as que nacían de su vientre, se había quebrado.

A su juicio, la ruptura del vínculo materno-infantil se veía reflejado en las elevadas tasas de aborto (espontáneos y provocados por la madre), en el abandono de menores en las calles, en hogares y hospitales de expósitos, en la muerte de la madre al momento del aborto, del parto o en el puerperio. Y se consideraba que todos estos elementos que separaban a la madre del niño, tenían clara incidencia en las altas tasas de mortalidad infantil que afectaban la realidad médico-social de la época. Pues, como planteaba el pediatra Humberto Reccione (1935):

Todo lo que aleja al recién nacido de su madre implica para aquel un sufrimiento y lo pone en grave peligro de muerte. (pág. 582)

Por este motivo los/as profesionales afirmaron que la maternidad era una función social que debía ser regulada. La ciencia había demostrado que el desarrollo vigoroso de un pueblo dependía principalmente de la calidad de la semilla; y que cuidar y educar al niño desde la gestación hasta la escuela y el taller, equivalía a velar activamente por los intereses y la salud del cuerpo social (Fierro, 1929). Sin embargo, para los médicos Raúl García y Moisés Díaz (1933) lamentablemente en Chile:

<sup>20</sup> Parte de este capítulo ha sido publicado en el artículo de mi autoría: Poblete Vargas, J. (2015). Políticas del amor materno, Chile 1927-1937. HYBRIS. Revista De Filosofía, 6 (2), 65–100. <http://revistas.cenalt.es.cl/index.php/hybris/article/view/89> (ISI)

La escasa cultura de la gente del pueblo, las exigencias dentro del hogar, el cuidado de una numerosa prole y, especialmente, el desconocimiento de los conceptos más elementales de una maternidad consciente, ha hecho que en nuestro país se pierdan numerosos niños, sea durante el embarazo o en los primeros días del puerperio (pág. 272).

Como consecuencia de ello, el problema de la madre, del huérfano y en particular, el quiebre del binomio madre-niño se convirtió en un problema político y económico que fue abordado por médicos y “visitadoras sociales” en numerosos artículos publicados en las revistas médico-sociales. Allí reconocieron que solo restableciendo los lazos entre ambos sería posible disminuir las cifras de mortalidad infantil que amenazaban la salud del pueblo y la reproducción de la vida. Y por la misma razón, se centraron en construir diagnósticos sobre la realidad médico social/sexual de las mujeres del pueblo chileno, para explicar las causas que daban origen a este mal. Para dichos efectos, y como profesionales, debían ser capaces de responder a las siguientes interrogantes: ¿Quién es esta mujer del pueblo? ¿De dónde viene? ¿A qué dedica su vida?

Según los médicos y las “visitadoras sociales”, su contacto con el pueblo y sobre todo con la mujer del pueblo (quien era la que más acudía a ellos en busca de ayuda), les había permitido tener un conocimiento acabado sobre su realidad –incluso mayor de lo que ella sabía de sí misma. Esto a razón de que, para solucionar sus males, debían tener conocimiento de todas las causas que los habían provocado. Por tanto eran capaces de describir claramente –de manera objetiva– a *la mujer del pueblo*.<sup>21</sup>

Así pues, en el artículo denominado “La formación del hogar en el pueblo chileno”, publicado en la Revista *Servicio Social* el año 1932; la Srta. Mac-Auliffe –en base a su experiencia como “visitadora social”– realizó un

<sup>21</sup> En este apartado hablaremos muchas veces de “la mujer del pueblo” y no de “las mujeres del pueblo” porque respetaremos la forma de escritura de los médicos y las “visitadoras sociales”.

diagnóstico completo sobre la vida del pueblo y en particular de *la mujer*. Aun cuando ella reconoce que existen dos tipos de mujeres: la mujer del obrero calificado y la mujer del jornalero, advierte que es la segunda la que representa a la inmensa mayoría del bajo pueblo. En su artículo expone sus características *morales* y la re-crea en su escritura:

Viene ella de un medio semejante al que pasó la infancia nuestro tipo (El Jornalero), **rancho o conventillo**, y por razones de esta naturaleza ha sido a temprana edad seducida, a veces ha tenido promiscuidad sexual, y en todo caso lo corriente es que tenga uno o dos hijos, cada uno de distinto padre.

(...) Es esta mujer el fiel reflejo **del medio anti-higiénico de un conventillo**: desaseada, no tiene idea de organización ni manejo de un hogar, las comidas se hacen a la hora que se puede; todo marcha así de cualquier modo.

En cuanto a su preparación es **analfabeta**, sólo sabe, es decir, cree que sabe lavar; para sí y los suyos ni aún esto hace regularmente, por pereza en primer lugar, y por pobreza también, pues ordinariamente esta clase de gente sólo tiene de ropa lo que lleva puesto.

Esta mujer no sabe coser, jamás ha podido adquirir una máquina, y se atiene a la ayuda de la vecina, o compra ropa hecha a los semaneros, que por la facilidad que dan, cobran 10 veces el valor de ella.

¿En qué pasa la vida nuestra mujer? En comadrerías con las vecinas, comentando los amoríos o rencillas de medio vecindario, formando número en las remoliendas semanales que nacen con la llegada de dos o tres **hombres** que se han pagado.

No es alcohólica consuetudinaria, pero a menudo bebe más de lo que es conveniente.

Es **madre soltera** que trata de encontrar un hombre que la mantenga, sabedora que el hombre de su misma condición no vá a hacer de esto cuestión de honor. (pág. 290)

La Srta. Mac-Auliffe, destaca con negrita las características de esta mujer dándole énfasis entonces a tres cuestiones centrales: a) la mujer del pueblo es pobre y proviene del medio antihigiénico del conventillo, b) es analfabeta y no tiene preparación alguna para trabajar y c) ha tenido *promiscuidad sexual* y por lo general es madre soltera y tiene uno o dos hijos de padres diferentes. En términos concretos, destaca que ésta es una mujer que vive inmersa en un mundo donde la crisis económica y moral (social/sexual) ha llegado hasta los lugares más recónditos de su cuerpo.

Pero ¿Cómo podrían incidir estos elementos en el quiebre del binomio madre y niño? La “visitadora social” expuso en su artículo que esta mujer comenzaba su vida conyugal o de unión libre con el jornalero a quien le haya caído en gracia, sin tener preparación alguna y sin tener siquiera los medios económicos suficientes para vivir. Motivo por el cual continuarían viviendo en el conventillo. El problema —planteaba ella— era que en pocos años la maternidad se multiplicaría y la pobreza se agudizaría, pues no serían capaces de mantener a su descendencia. Entonces, según la “visitadora social”, la mujer reaccionaba ante esta situación abandonando a sus hijos o los obligaba a trabajar para sobrevivir. Por tanto ese vínculo natural entre la mujer y los hijos, aquel que permite que la madre cuide y atesore la vida de su retoño, se quebraba para siempre y los niños quedaban expuestos a la miseria, al abandono y a la muerte.

La Srta. Mac-Auliffe (1932), en su diagnóstico, describe la reacción de la mujer del pueblo de la siguiente forma:

(...) Su primera idea es encerrar algunos niños porque carece de medios suficientes para alimentarlos; luego, si tiene un niño o una niña de 10 años lo emplea aunque sea por la comida únicamente; ella se arregla con los menores y toma lavados para el pago del cuarto; en cuanto a la alimentación piensa que pasarán de cualquier modo, como se pueda, cuando no haya con qué hacer de comer, la vecina o la comadre siempre son buenas personas, y en verdad una vecina o una comadre participan siempre de lo poco que tienen a quien carece de ello.

(...) Más tarde nuestra pobre mujer sabe que en tal o cual parte se reparte alimentación, ropa o algo de dinero a los pobres, allá va ella con sus hijos a pedir limosna. Pronto aprenden los hijos a conmover la piedad con sus andrajos y corren detrás de la gente pidiendo un cinquito para pan; no hay corazón para resistir al plañidero acento de un chico que tiritita de frío, y la buena gente le da, nó el cinco porque éste es escaso, sino el diez o veinte (...). (págs. 291-292)

Así pues la “visitadora social” dejó en evidencia que las características de la mujer del pueblo y por sobre todo su crisis moral, tenían clara incidencia en el quiebre del binomio madre-niño. Por ello concluyó que mientras la mujer del pueblo continuara viviendo su vida de ese modo, el resultado sería claro: muchos/as niños/as deambularían por las calles pidiendo limosna, llenarían los hogares de huérfanos y en el más trágico de los destinos, encontrarían la muerte a sus cortos años de edad.

Lo significativo de todo esto, es que desde el punto de vista científico, la crisis moral de las mujeres del pueblo no solo era el resultado de la pobreza o de su falta de preparación, sino que estaba asociada directamente a su comportamiento sexual o —como planteaba la Srta. Mac-Auliffe— a su *promiscuidad sexual*. Por este motivo, médicos y “visitadoras” establecieron que si *la mujer del pueblo* lograba idealizar su instinto sexual, reconociendo que el fin de éste es la maternidad; entonces no buscaría a un hombre para satisfacer sus deseos o impulsos sexuales. Más bien, lo haría para conformar una familia a través del matrimonio y cuidar de buena manera a los hijos que nacieran esa unión.

Es evidente entonces que para los médicos y las “visitadoras sociales”, el problema del quiebre del vínculo *natural* entre la madre y el niño, era el resultado de la forma de comportamiento social y sexual de la madre. La mujer, guiada sólo por sus impulsos sexuales y por las leyes del amor, desconocía su deber social como madre y toda responsabilidad frente a su hijo. Desconocía, según el Dr. Eduardo Rioseco (1934) que las mujeres:

Son sólo los medios de que se vale la naturaleza para que ellas lleguen a ejercer la noble y bella función maternal, dentro del matrimonio. (pág. 324)

La mujer —a su parecer— no había sometido su instinto sexual al juicio de la conciencia y al poder de la voluntad (Rioseco, 1934, pág. 324). No entendía que el fin de su acto sexual era engendrar vida dentro del matrimonio. Ella tenía un comportamiento sexual desenfrenado y como resultado de ello, muchas veces acababa sola, con un hijo huacho en su vientre al que odiaba sinceramente pues veía en él la expresión más clara de su miseria. Por esta razón buscaba todas las instancias para deshacerse de él.

El médico Luis Calvo Mackenna (1928), en la revista *Servicio Social*, retrata este problema en un artículo donde expone su encuentro con una mujer del pueblo que acudía a la casa de huérfanos para abandonar a su hijo:

—Tengo, señor, —empezó diciendo, — un hijo recién nacido que no puedo guardar a mi lado porque vivo de mi trabajo y debo abandonar mi casa durante todo el día. No tengo padre, ni madre, ni familia en quien confiar a mi hijo mientras deba separarme de él. Vengo a rogarle me de su autorización para internarlo en la casa de huérfanos. Puedo pagar por este gran servicio una pequeña cuota mensual que Ud. podría indicar. (pág. 200)

Para él, este caso representaba *una de las tantas tragedias morales que eran el fruto inevitable de las leyes del amor* (Calvo Mackenna, 1928). La joven, villanamente burlada por el hombre que la abandonó en el momento en que su vientre fue fecundado, se rebelaba ante el destino y su deber social. No quería ella a su hijo, pues veía en él al hombre hacia quien había engendrado el mayor de los odios y los desprecios. Ella no quería casarse, tampoco quería recibir nada de él. Por eso, siendo huérfana de infancia, sin familia, sin padre, ni madre en quien confiar a este nuevo ser, acudía al hogar para dejar a su hijo y luego pagar con su trabajo una cuota mensual



por dicho servicio. Según el médico: *la madre no había despertado aún*. En ella había surgido la amante envenenada por el engaño, que deseaba alejarse a toda costa de ese hijo:

(...) Era, en definitiva, el mismo caso de siempre: la niña hermosa e inexperta, huérfana en plena juventud, adorada de su prometido, a quien todo otorga, porque, nada, al fin, puede negar a un ser tan bueno, tan noble y tan generoso; bondad, nobleza y generosidad que, como tantas veces, han de durar hasta el momento en que no es posible retardar más un matrimonio que emplaza un embarazo que avanza con incontenible rapidez. Un día el novio desaparece; y viene después aquel otro día en que un niño viene al mundo y en que se inicia la nueva etapa del drama que destruye toda ilusión, que amarga toda una vida y que destroza todo un porvenir y toda una esperanza, sembrando en tantas almas un germen de rebelión y de protesta ante los severos designios del destino.

Adiviné, en el caso que referimos, que aquella infeliz madre abrigaba para su antiguo prometido y padre de su hijo, el mayor de los desprecios, el más violento de los enconos, la más invencible repugnancia. Rechazaba indignada, cualquier insinuación que la condujera hacia el matrimonio, rechazaba con mayor indignación aún cualquiera idea de ayuda pecuniaria del padre de su hijo; no quería nada, nada de él.

Poca importancia tendrían estos antecedentes si no dijera que en el curso de nuestra conversación, en muchos y variados detalles, pude observar que aquella madre, villanamente burlada, veía en su hijo, no al fruto recién nacido de sus entrañas, sino al padre de su hijo. Sin sentirlo aún suyo, ni carne de su carne, ni alma de su alma, odiaba en él al hijo de un miserable. Surgía y se rebelaba en ella la amante abandonada, la prometida envenenada por el engaño. La madre no había despertado aún. Por eso deseaba a toda costa alejarse de aquel niño que encarnaba las amarguras y las penas de un gran amor que se había trocado en odio profundo. (págs. 200-201)

Esta joven mujer ¿Podía atesorar la vida de su hijo? ¿Podía mantenerlo a su lado y brindarle todas las condiciones necesarias para evitar el fatídico desenlace del abandono o de la muerte? Al parecer no. El escenario social del cual era la protagonista, era adverso. La mujer no estaba preparada para recibir a ese niño, pues no tenía la educación moral, ni las

condiciones materiales para proporcionarle el mejor de los cuidados. No tenía dinero, ni tampoco un hombre que contribuyera en la crianza de su hijo. Peor aún, en ella no había despertado la madre, la mujer de espíritu bondadoso que ve en su hijo su realización personal. De manera contraria, solo había sumido su deseo en el voluptuoso acto sexual con un hombre que nunca se preocupó de asegurar su futuro ni el de su hijo.

Así pues, a partir de estos artículos y a partir de las revistas analizadas, podemos establecer que para los médicos y las “visitadoras sociales” existían al menos tres factores importantes que explicaban el quiebre del binomio madre-niño: 1) las condiciones de vida de las mujeres; 2) el problema del niño ilegítimo; y 3) el problema del instinto maternal en las mujeres del pueblo. A su parecer, todos estos factores, tendrían directa relación con la crisis económica y moral social/sexual de la mujer del pueblo que aún no reparaba en la importancia que tiene su rol materno para la sociedad chilena en una época de crisis. A continuación veremos cómo los médicos y las “visitadoras sociales” explican la relación de cada uno de estos factores con el quiebre del binomio madre y niño.

### 3.4.1 Las condiciones de vida de las mujeres

Para los médicos y las “visitadoras sociales” las condiciones de vida de las mujeres incidían directamente en el quiebre del binomio madre-niño. Puesto que ella, al no poseer los medios económicos suficientes para mantener a sus hijos, se veía en la obligación de abortar o de abandonarlos en un hogar de huérfanos, de expósitos o en hospitales. Y en el peor de los casos, al interior de una pieza oscura y húmeda de un conventillo.

La “visitadora social” Luisa Fierro Carrera (1929), explica la relación que existe entre la pobreza y el abandono o muerte de los niños y las niñas del pueblo de la siguiente manera:

En el ejercicio de mi tarea he podido apreciar de muy cerca la inmensa miseria humana; muchos y profundos dramas familiares; madres abandonadas; hijas sin hogar que imaginan que, para volver al techo paterno, necesitan hacer desaparecer el fruto de sus fugitivos amores; niños muertos prematuramente por ignorancia y por pobreza, más que por maldad; caídas dolorosas ocasionadas, las más de las veces, por la inexperiencia y que, sin embargo, pesarán fatídicamente sobre el hijo que es abandonado o muerto, y sobre la madre que rodará poco a poco al abismo durante toda una vida; trágicas escenas toda estas que viven muchas familias obreras en los momentos de crisis económica y moral que les significa ordinariamente la llegada del hijo. (pág. 254)

Por su parte, Ismael Valdés Valdés (1928), un renombrado político de la época<sup>22</sup>, dictó una conferencia en la Escuela de Servicio Social denominada “El Huérfano”, que fue publicada en la revista *Servicio Social* en 1928. Allí estableció que la pobreza era un factor determinante para que las mujeres asesinaran a sus hijos:

Muchas veces, basta que en el momento mismo del nacimiento, la madre desesperada por la miseria, o por la situación de desprecio que se le crea extienda su mano sobre la boca del recién nacido para suprimir la viva y acusadora manifestación de su caída (pág. 191)

De la misma manera, agregó que la pobreza de las mujeres del pueblo contribuía directamente en el abandono:

Las mujeres que salen de la maternidad y para las cuales un niño es de muy pesada carga para la vida, los llevan a la Casa de Huérfanos, los abandonan en el pórtico de una Iglesia y, en ocasiones en la puerta misma del establecimiento que las ha albergado (Valdés, 1928, pág. 191).

El problema de las mujeres del pueblo era que la miseria obstaculizaba sus posibilidades de criar sanamente a su hijo o hija. Por eso, aun cuando

<sup>22</sup> Hemos citado su conferencia pues ha sido presentada en la Escuela de Servicio Social y ha sido publicada en la Revista *Servicio Social*. De lo que se extrae, que éste representa en gran medida el pensamiento de las “visitadoras sociales” de la época.

algunas luchaban por mantenerlos a su lado, llegaba un momento en el que debían dejarlos en un hogar de expósitos para que pudieran sobrevivir. Como consecuencia de ello, aumentaba la mortalidad infantil:

Se tiene que producir muchas veces una horrible lucha entre el cariño maternal que hacia el hijo se inicia y la expectativa de la miseria, la escasez de alimento, de la falta de hogar, lucha que aleja el momento del abandono hasta el último instante, hasta aquel en que la vida del niño se escapa, produciéndose así esa enorme mortalidad que es el escollo de todas las casas de expósitos. (Valdés, 1928, pág. 191)

A través de estos ejemplos, médicos y “visitadoras sociales” concluyeron que la pobreza afectaba por completo la unión entre la madre y el niño. Por esta razón, resultaba necesario preocuparse de la mujer del pueblo y sobre todo de la mujer sin hogar. Solo así se podría evitar que ella tuviese la tentación de asesinar o de abandonar a su hijo:

Para ello es necesario preocuparse de la mujer sin hogar que tiene un hijo y a la cual hay que evitarle la tentación de suprimirlo, ya sea haciéndolo desaparecer antes del nacimiento o ya sea arrojándolo al torno de la Casa de Expósitos.

Para esto es indispensable, en primer lugar, reaccionar contra la tendencia cruel como inhumana de perseguir a la mujer que se encuentra en las situaciones indicadas, como si fuera una fiera dañina a la cual hay que cerrarle todas las puertas, en vez de procurar que se mantenga con respecto de su hijo en aquel contacto que la naturaleza exige. Hay que evitarle que siga el camino que principia por el torno de los expósitos para el infeliz que de nada es responsable y que termina para la mujer en la más completa degradación. (Valdés, 1928, pág. 190)

Con esto quedaba claro que mientras existieran las condiciones necesarias para que la mujer desarrollara su tarea maternal; la relación entre ésta y su hijo se afianzaría. Así, la vida del niño quedaría asegurada junto con el porvenir de todo el cuerpo social. De no ser así, el quiebre del binomio madre y niño seguiría siendo parte de la realidad médico social/sexual de la época.

### 3.4.2 El problema del niño ilegítimo

Para los médicos y las “visitadoras sociales” los niños y niñas que nacían de la unión ilegítima entre un hombre y una mujer, eran los que por lo general, corrían la suerte de vivir lejos del seno materno.

¿Pero por qué afirmaron esto? Porque en base a las estadísticas realizadas y en base a los estudios sobre la realidad médico social del pueblo chileno, corroboraron que estos niños y niñas eran los que llenaban los hogares de huérfanos, los que principalmente deambulaban por las calles y los que morían a temprana edad. En sus diagnósticos, los médicos y las “visitadoras sociales” coincidieron en que las uniones ilegítimas entre hombres y mujeres del pueblo tenían bastas y fatales consecuencias en el vínculo que unía naturalmente a la madre con el niño o la niña que nacía de ellas. Principalmente porque se consideraba que la falta de responsabilidad del hombre con su descendencia, contribuía en que las mujeres del pueblo asumieran solas el rol de la crianza, mientras que él se mantenía en total misterio. El problema de ello era que las malas condiciones de vida, la falta de educación y la pobreza en la cual se encontraban inmersas las mujeres del pueblo, las obligaba a abandonar a sus hijos/as en los conventillos, en los hogares de expósitos o en los hospitales. Y peor aún; muchas veces las obligaba a suprimir la vida del hijo o la hija que engendraban poniendo en peligro su propia vida:

Por lo general, el niño ilegítimo no cuenta sino con su madre; para ésta, el hijo representa siempre una carga y casi siempre es la desgracia, dentro de nuestra actual legislación. La madre soltera es una mujer repudiada en su casa y en el medio social. Debe trabajar para subsistir y para que subsista su hijo y, por lo tanto, debe destetarlo y abandonarlo a manos mercenarias que, por lo general, no tienen preparación ni interés especial en cuidarlo. Destete prematuro, mala alimentación, abandono. Pero no es esto todo, lo que sería si siempre naciera este fruto de un amor fuera de la legalidad, pero es que en la mayor parte de los casos no nace y tenemos la aparición de un tremendo problema social, cual es el del aborto criminal, causa de gran mortalidad entre las mujeres y de gran disminución de la natalidad. Varios problemas que resolver se perfilan. (Recchione, 1935, pág. 578)

Lamentablemente, como planteábamos en el capítulo anterior sobre la irresponsabilidad del hombre del pueblo, en Chile no existía ninguna ley que obligara al hombre a hacerse cargo de su descendencia, por eso:

Reaccionando contra este doble error, la sociedad, movida por un sentimiento de justicia hacia la mujer, comienza a exigir que el padre asuma las consecuencias totales de su conducta; movida por un sentimiento de justicia hacia la mujer y el niño, empieza a buscar los medios para impedir que se rompa el vínculo natural entre la madre y el hijo (Valdés, 1928, pág. 190)

A propósito de ello, los médicos y las visitadoras coincidieron en que la forma correcta de traer un/a niño/a al mundo era al interior de una familia bien constituida, legalizada por el Estado a través del matrimonio Civil. Porque como habían podido observar, la unión ilegítima—generalmente—convertía en huérfanos al niño o la niña que nacía de ella.

Ella y él se aman de verdad, pero el fruto de ese amor, ese tierno lazo que consolida la unión de dos corazones, es precisamente el gran obstáculo que destruye la dulzura ya gustada de un hogar en ciernes, que acarrea la imposición de una cruel separación y que ha de convertir en <<huacho>> al pequeñuelo que podría ser hijo de honrada familia si aquella unión fuera sancionada por las leyes humanas y divinas (Calvo Mackenna, 1928, pág. 207)

Por tanto concluyeron que mientras siguieran existiendo uniones ilegítimas y mientras se continuara manteniendo en secreto la identidad del padre de los niños que nacían de ellas; los hombres continuarían gozando de una absoluta libertad que obligaría a las mujeres a separarse de sus hijos.

### 3.4.3 El problema del instinto maternal en las mujeres del pueblo

Llegamos pues al último factor que —a juicio de los médicos y las “visitadoras sociales”— era una de las causas más importantes que provocaba el quiebre del vínculo natural entre la madre y el niño: *el problema del instinto maternal en la mujer del pueblo*.

Pero para ellos/as ¿La mujer nacía con el instinto maternal o este se formaba en su interior a lo largo de su existencia?

Según los/as profesionales, el instinto maternal era parte de la biología de la mujer. La naturaleza le había dado a su cuerpo un instinto maternal/natural que la llevaba a proteger la vida de su hijo. El problema era que en el pueblo, la mujer no había conseguido despertar en su interior a la madre que llevaba dentro, porque vivía en un mundo sumido en una crisis moral sexual sin los medios económicos para cuidar a su hijo/a. Así pues, la naturaleza de la mujer quedaba oculta detrás del telón de la pobreza. Por eso no era extraño que una mujer del pueblo —con brutal indiferencia, decían— abandonara o maltratara a sus hijos. A razón de ello consideraron que era necesario que la sociedad en su conjunto y todas las instituciones, se enfocaran en desarrollar el instinto maternal en la mujer del pueblo, para impedir que ésta se separara de su hijo/a y olvidara para siempre su deber natural dentro de la sociedad y del matrimonio: la maternidad.

En concordancia con lo expuesto, el problema del instinto maternal en las mujeres del pueblo se convirtió en una gran preocupación para los médicos y las “visitadoras sociales”. En sus artículos reconocieron el impacto, e incluso el miedo, que les provocaba estar en contacto con la mujer que llegaba al hogar para abandonar a sus hijos con la más absoluta frialdad. Un ejemplo de ello, es el testimonio del médico Luis Calvo Mackenna (1928), quien planteó que para él resultaba sorprendente:

La pasmosa, desconcertante y brutal indiferencia con que las madres del pueblo acuden para abandonar definitivamente a sus niños, muchas veces de varios meses de edad, en las puertas del enorme asilo; la tranquilidad inconcebible con que insisten para que les sean aceptados; la frialdad aplastante con que los ven desaparecer para siempre de su vista, como una cosa que dan porque de ellas es; la terrible naturalidad con que reclaman el paletocito tejido y los botincitos de punto que al niño abrigan, todo sin un gesto de remordimiento, de compasión, ni de dolor (pág. 203)

De la misma manera, la “visitadora social”, Luisa Amunátegui, describió su experiencia frente a estos casos:

Recordábamos también la impresión moral de pena, hasta de susto, que nos produjeron las primeras madres que vimos llegar a la oficina de Informaciones de nuestra Escuela, para solicitar, lisa y llanamente, que les «encerraran» en alguna parte a sus niños para poderse ocupar, pues con ellos todas las puertas les estaban vedadas. «¿Pero, cómo es posible que Ud., madre de esta criatura, que la ha amamantado con su leche, quiera desprenderse de algo que es tan suyo?» «¿Qué quiere señorita, así no encuentro ninguna ocupación y no tengo ni familia, ni vecinos que quieran hacerse cargo de ellos y no tengo tranquilidad para dejarlos solos en el día». (Amunátegui, 1929, pág. 230)

Por ello y como resultado de sus investigaciones, médicos y “visitadoras” afirmaron que la mujer del pueblo tenía un instinto maternal rudimentario. Éste no les permitía desarrollar ningún afecto hacia el niño o niña que había nacido de sus entrañas, ni tampoco un mínimo sentimiento de piedad por su vida. Según los/as profesionales, sus años de trabajo en contacto directo con el pueblo chileno, les habían permitido observar que era muy frecuente que las mujeres maltrataran a sus hijos sin sentir —al menos— un poco de culpa por su propio comportamiento. Para ellos/as esta situación ponía en peligro al niño o a la niña y por lo mismo, muchas veces resultaba necesario separarlo de su madre para que ésta no lo condujera al trágico destino de la muerte.



El médico Luis Calvo Mackenna (1928), describe esta situación de la siguiente manera:

Con mucha frecuencia se lee entre nosotros conceptos errados respecto de la bondad de las madres de nuestro bajo pueblo. Es verdad, es muy cierto, y es muy natural, por otra parte que la inmensa mayoría de nuestras madres pobres poseen un alto grado de afección para sus tiernos hijos. Una excepción generalizada de este hecho, constituiría una aberración de la naturaleza que no ha clavado sus garras en nuestro bajo pueblo. Sin embargo, los que en policlínicos, hospitales, gotas de leche, asilos, orfanatos, etc., hemos vivido durante años en contacto, en verdadero contacto con el pueblo, aquel pueblo inculto y miserable del arrabal y del suburbio, sabemos allí de madres que castigan la pequeña desobediencia de un niño que empieza a andar, con horas de oscuro encierro, a ración de pan y a ración de agua; sabemos que el látigo, enrollándose en una tierna cabecita y haciendo sangrar el rostro con el duro nudo de su punta, pretende de correctivo de una falta insignificante; sabemos que la gruesa tranca de una puerta rompe muchas veces la cabeza tierna que forjó una locura inocente; sabemos, por fin, que si labiecitos airados prorrumpen en una queja violenta contra aquel trato inhumano, pueden haber sido infernalmente sellados con la plancha candente o con la brasa que el brasero aquella misma plancha caldeó .

No digo que estos hechos sean tan frecuentes, pero sostengo que no son tan excepcionales como generalmente se piensa. Esas madres desnaturalizadas , capaces de tan tremendos rigores para con sus tiernos hijos, tiene, como se comprende, un instinto maternal rudimentario y si tratan al hijo ya crecido de pocos años de edad, como si no existieran en ellas ni los lazos de sangre, ni los impulsos del más elemental sentimiento de piedad humana, el recién nacido, esa nueva complicación y esa nueva carga que se atraviesa en la senda de su escabrosa y miserable vida, ese nuevo ser que ni siquiera sienten que a ellas pertenece y al cual no les une ni la sombra de un afecto, debe ser y ha de ser alejado y colocado en cualquier parte. (pág. 204)

A razón de estos antecedentes quedaba en evidencia que la madre no había despertado en la mujer del pueblo. Ella poseía aquel instinto que la naturaleza le había brindado, pero su falta de educación moral y sus

condiciones de vida miserables provocaban que éstas vieran a sus hijos como el origen de todos sus males. Por ello resultaba necesario:

Proporcionar a estas mujeres la seguridad de la vida y de la alimentación conveniente durante unos cuantos días en compañía de sus hijos, enseñarles a cuidarlos racionalmente, dejar tiempo para que se fortalezcan los lazos naturales entre ambos, dará por resultado que conserven a sus pequeñuelos en vez de entregarlos a la muerte casi segura. (Valdés, 1928, pág. 191)

Por esta causa, concluyeron que era necesario que la mujer del pueblo recibiera toda la educación necesaria sobre la maternidad, para que desarrollase ese vínculo natural que la unía a su hijo. De ese modo, las cifras de abandono, de maltrato y de mortalidad infantil se reducirían considerablemente en el país y encaminarían a la sociedad al progreso y la modernidad.

Con todos estos antecedentes podemos concluir que para los médicos y las “visitadoras sociales”, la forma de comportamiento social y sexual de la mujer del pueblo, su pobreza y su falta de conocimiento sobre su deber natural de madre eran la causa más importante del quiebre del binomio madre-hijo. Lo significativo es que aun cuando reconocieron el grado de responsabilidad que la mujer tenía en este problema, también diagnosticaron que ella era víctima de una sociedad que no le brindaba las condiciones necesarias para poder desarrollar su instinto maternal. Por lo tanto, concluyeron que era necesario que los médicos y las “visitadoras sociales” asumieran la ardua labor de orientar a la madre, *víctima del destino, de la forma más rápida y precisa* (Calvo Mackenna, 1928), para que ésta no abandonara a sus hijos. Para que despertara en su interior el instinto maternal que la naturaleza le había entregado. De esta manera, el problema del quiebre de binomio madre niño quedaría resuelto cuando la madre del niño, *que un día lo odió sinceramente, pudiera vivir para él*.

### 3.5 Los vicios

En los diagnósticos realizados por los médicos y las “visitadoras”; los “vicios” fueron considerados uno de los tantos factores que destruían la vida del hogar. Éstos provocaban que los padres, ya sumidos en la inmoralidad, perdieran la noción de la responsabilidad:

“La inmoralidad y el vicio de los padres, hace perder la noción de los deberes y también destruye la vida del hogar, con sus fatales consecuencias.” (Gajardo, 1929, pág. 203)

Tal como hemos observado anteriormente, la destrucción del hogar tenía —para los/as profesionales— graves repercusiones sociales y económicas dentro del pueblo; pero también fue considerado como un factor que acrecentaba las tasas de abandono y mortalidad infantil. Por este motivo el abuso de alcohol y estupefacientes dentro del pueblo, sumada a su inmoralidad y falta de educación moral/sexual de los hombres y las mujeres, se convirtió en un grave problema médico social que debía ser abordado con rapidez para evitar la desintegración de los hogares del pueblo con sus graves repercusiones en su vida y su salud.

En esos años, la gran preocupación por la herencia biológica incitó a los/as intelectuales a buscar las reglas eugenésicas que aseguraran el porvenir de la raza en las mejores condiciones materiales y morales. El gran problema era que de acuerdo a sus investigaciones y a las estadísticas existentes, los médicos y “visitadoras” habían comprobado que el alcoholismo y el consumo de estupefacientes era un hábito que, en el pueblo, se traspasaban de generación en generación a través de la herencia genética. Como consecuencia, los vicios moldeaban a los nuevos seres humanos y los llevaban a su propia decadencia. Y finalmente, a la degeneración total de la raza. Por este motivo y con el propósito de asegurar el progreso del Estado y la nación, debían erradicar los vicios y

educar a la población sexual y moralmente para que evitaran la propagación de estos problemas médico-sociales.

En lo que respecta a esta cuestión, la ciencia había indicado que a diferencia de un accidente en el elemento congénital que conforma las características del ser humano desde su fecundación en la vida intra-uterina (y que por tanto afecta a una sola persona); un accidente en el elemento hereditario —es decir, en los caracteres que resultaban de la estructura de los elementos sexuales—, provocaba graves repercusiones en la vida de todo un grupo familiar. Inclusive, podía convertirse en un factor que impulsaba a los sujetos, casi fatalmente, al crimen. Por eso aseveraron que mientras no existiera educación, higiene y condiciones morales capaces de contrarrestar los efectos de la herencia de los padres viciosos; el progreso de toda la colectividad quedaría expuesto al fracaso. El gran conflicto era que, como hemos visto, los hogares del pueblo no gozaban de las condiciones necesarias para contrarrestar los efectos de la herencia de alcohólicos, drogadictos, delincuentes y prostitutas.

Según las estadísticas, el alcoholismo era en uno de los principales vicios de la gente del pueblo. Sobre todo en la población masculina que encontraba en el alcohol un anestésico que le permitía —al menos por un tiempo— olvidar su miseria, su salario indigno, su vivienda inmunda, el hambre y el frío. En efecto, era altamente probable que hombres y mujeres del pueblo tuvieran relaciones sexuales en estado de embriaguez, sin reparar en las consecuencias o en los problemas sociales que podían surgir de estas conductas. De hecho, como la teoría de la herencia había afirmado que la genética influía en la propagación de los vicios entre la población; los hijos de alcohólicos eran y seguirían siendo —por consecuencia— el producto de los males sociales y morales del pueblo que provocaría la decadencia de toda la sociedad. Una que lentamente se hundiría en el mundo de las perversiones y los vicios.

Por tal motivo quedaba en evidencia que el alcoholismo se estaba apoderando del cuerpo de futuras generaciones de hombres y mujeres. Según los médicos y “visitadoras sociales”, mientras el pueblo no tuviera los medios económicos para transformar su realidad; sería incapaz de constituir una herencia genética que le permitiera conducir a la especie humana hacia la máxima expresión de la raza. Pues solo bastaba una intoxicación pasajera en los padres al momento de concebir a una criatura, para que ésta terminara sumida en la desgracia:

El alcohólico engendra idiotas, epilépticos, escrofulosos y criminales y hay que notar que una intoxicación pasajera de los progenitores basta para que el ser procreado en este estado tenga tendencias a la enfermedad, a la degeneración, a la criminalidad. (De Bray, 1933, pág. 148)

Y al mismo tiempo, tenía como resultado la locura moral del hijo. Según L. De Bray (1933):

En varios casos, se ha podido comprobar que la locura moral de algunos niños de una familia, por lo demás sana y bien equilibrada, se puede explicar por el hecho de que fue concebido en momento de embriaguez de los padres. (pág.149)

Junto con esta situación, y como resultado de su estudio, la “visitadora social” pudo observar que el alcoholismo de los padres era un factor hereditario que promovía el alcoholismo entre los jóvenes e incidía directamente en la delincuencia juvenil. Sus dificultades intelectuales, provocadas por el alcohol, no les permitían buscar otras opciones para *ganarse la vida*:

Entre los factores hereditarios cuya influencia se nota en un número muy subido de casos que hay que citar en primer lugar al alcoholismo. Según las estadísticas hechas en diversos países, se ha comprobado el porcentaje elevado de alcohólicos que existe entre los delincuentes, aun entre los adolescentes. Además, las taras físicas e intelectuales que son el triste patrimonio de los hijos de alcohólicos son causa de incapacidad o dificultad en ganarse la vida y predisponen, por consiguiente, a los delitos. (De Bray, 1933, pág. 148)

En esta misma línea de análisis, el médico Salvador Allende (1939), reconoció en su investigación sobre la “realidad médico-social chilena”, que el alcoholismo era un factor que tenía graves repercusiones en la vida del pueblo. De hecho afirmó que el estado de ebriedad de uno de los padres en el momento de la concepción, era suficiente para afectar el producto de ese acto sexual:

Igualmente es útil dejar constancia que muchas veces el acto de la concepción se verifica estando, por lo menos el padre en estado de embriaguez, y son conocidos los efectos que tiene la intoxicación alcohólica aguda y también la crónica sobre el producto de la concepción.

La herencia alcohólica determinada por la influencia del tóxico en las células sexuales de ambos padres, o de uno de ellos, se distingue, desde el punto de vista de los caracteres físicos, por diversos tipos de distrofias y aún monstruosidades. Como caracteres mentales de ella hay que anotar: el retardo mental, la idiotez, debilidad moral, propensión a la neurosis (histeria, epilepsia, dipsomanía, etc.)

De una encuesta relatada por el Dr. Grove en un discurso pronunciado en el Senado en 1937, anotamos:

En 219 hijos de padres bebedores ocasionales hubo 2,3 % de heredo alcohólicos.

En 130 hijos de padres bebedores moderados hubo 4,6% de heredo alcohólicos.

En 67 Id. Habituales hubo 9%

En 53 hijos de ebrios consuetudinarios, 19%

La tuberculosis también pesa más duramente sobre los hijos de los alcohólicos.

Según Knopf, el 8% de los hijos de padres bebedores ocasionales fueron tuberculosos; 15% de bebedores habituales; 21,7% de los ebrios consuetudinarios. (Allende, 1939, pág. 121)

De la misma manera L. De Bray reconoció que:

El abuso de los estupefacientes, morfina, cocaína, etc., aniquila completamente el sentido moral de los que se entregan a estas drogas, y en cuya descendencia se encuentra una proporción subida de débiles, tuberculosos e idiotas. (De Bray, 1933, pág. 149)

El costo social de la herencia de alcohólicos se traducía en el espectáculo de la decadencia de la raza. Mientras el pueblo vicioso continuara reproduciéndose, los efectos serían evidentes en su descendencia. Por medio del acto sexual se transmitirían todos los males de la sociedad que engendraría alcohólicos, anormales, prostitutas, vagabundos, mendigos, inválidos...:

Para darse una idea de lo que cuesta a la sociedad la descendencia de alcohólicos, basta recordar los dos casos siguientes, tan típicos que los citan a la mayoría de los especialistas en criminología. La familia Yuke ha dado nacimiento a 106 vagabundos, 206 mendigos, 181 inmorales, 76 criminales y solamente 140 personas de quienes se supone que fueron honradas. La familia Halikak ha tenido 2.000 descendientes, de los cuales 1.500 son conocidos y entre los cuales cuentan 197 delincuentes, 300 mendigos y vagabundos, 440 inválidos, alcohólicos y anormales, muertos de enfermedades debidas a la mala conducta, 50 prostitutas, 300 muertos a corta edad y 213 personas solamente de quien se supone que eran honradas. (De Bray, 1933, pág. 149)

Así pues, con estos antecedentes se demostró que el comportamiento sexual desenfrenado de los sectores populares, sumado a sus vicios; promovían la generación de una raza enferma e inmoral. Pero además causaban un aumento de las tasas de mortalidad y morbilidad al interior del país. Por este motivo fueron revelados por el discurso científico como factores que daban forma al cuadro clínico y de la miseria popular. Lamentablemente, los vicios del pueblo junto a su crisis moral/sexual, ponían en riesgo la estabilidad política y económica del país.

En suma y a partir de estos diagnósticos, se puede inferir que —de acuerdo a los postulados científicos de la época— la familia fue entendida como la célula de la sociedad que era capaz de garantizar una transformación de la realidad sexual popular y disminuir los niveles de alcoholismo y consumo de estupefacientes. En primer lugar porque promovía la responsabilidad social y sexual de sus integrantes y por lo mismo, impedía que éstos gastaran su dinero en alcohol y drogas. En segundo lugar, porque el hombre y la mujer unidos en matrimonio, tendrían hijos en condiciones óptimas y gracias a ello, disminuirían los efectos de la herencia genética generación tras generación. Así el progreso de la nación y el perfeccionamiento de la raza quedarían garantizados.

### 3.6 Las enfermedades venéreas

El cuadro clínico de la miseria popular también se manifestaba en la propagación de las enfermedades venéreas que amenazaban la vida de hombres, mujeres y niños que nacían de una madre infectada.

Por medio del acto sexual espontáneo e ilegítimo entre hombres y mujeres, la sífilis y la gonorrea se preparaban para invadir los cuerpos desnudos, inmorales y libertinos del pueblo que nunca repararon en los peligros de su acción. Ignorantes y guiados por el impulso sexual se entregaban a los brazos de la enfermedad y la muerte que gravemente azotaban al país en tiempos de crisis:

De la unión del hombre y de la mujer pueden resultar y resulta (sic) muchas veces las enfermedades que son conocidas bajo el nombre de enfermedades venéreas. Esto constituye en estos días un flagelo para la especie humana que compromete seriamente su vida y la de sus descendientes.



Actualmente existe para nuestro país este problema con caracteres de gravedad y reclama con urgencia nuestra más decidida atención. (Rioseco, 1934, pág. 320)

Según los Dres. Raúl Canturial y Alberto Rodríguez (1936), el carácter de gravedad del problema de las enfermedades venéreas en el país, estaba relacionado con su trascendencia social. Sus consecuencias tenían una proyección a larga distancia en el individuo, en la familia y en la sociedad:

La trascendencia de dicho problema es eminentemente social y sus consecuencias tienen una proyección a larga distancia en el individuo, en la familia y en la sociedad. Sin exagerar, podemos decir que la cuestión venérea, hoy día, es ya un problema de incapacidad tardía para el trabajo debida a lesiones irreparables en el sistema circulatorio, nervioso, etc., del trabajador.

Y al caso, la Caja del Seguro Obligatorio ha tenido que desembolsar ingentes sumas de dinero que ascienden a varios centenares de miles de pesos para cubrir los gastos de invalidez de sus asegurados, víctimas de lesiones venéreas incurables. Esto, que es una cuestión de gravedad para esta institución, lo es también para las otras cajas de Previsión y para la Beneficencia que tiene que invertir enormes sumas en la mantención de Manicomios, Open Door, Asilos de Ancianos, etc. (Canturial & Rodríguez, 1936, pág. 22)

Por este motivo, concluyeron que las enfermedades venéreas eran un problema biológico, pero también un problema económico y social que afectaba al país en su totalidad. De hecho, el Estado debía desembolsar enormes cantidades de dinero para recuperar la salud de los enfermos que tampoco eran útiles en las faenas ni en los procesos productivos al interior de las fábricas.

A partir de entonces, los diagnósticos que explicaron las tasas de morbilidad venérea, mostraron una gran preocupación por el comportamiento sexual de los hombres y mujeres infectados/as y en edad de procrear. Esto, porque las cifras extraídas de los estudios científicos

habían demostrado su incidencia en la propagación de estas enfermedades.

En 1935, el médico Humberto Recchione (1935), dio cuenta de las cifras de contagio venéreo en hombres y mujeres en edad de procrear:

Las cifras estadísticas de nuestro pueblo arrojan los siguientes resultados, con escasa oscilaciones: Tuberculosis 5, 10%, Sífilis 8,16%, Gonorrea 8, 5%. Estos números se refieren a la totalidad de los individuos en edad de procrear y de ambos sexos. (pág. 576)

Por esta causa, la sexualidad del pueblo se convirtió para los/as expertos en un problema médico-social. Desde su perspectiva, las relaciones sexuales ilegítimas y también en los prostíbulos, provocaban un aumento considerable de las tasas de morbilidad venérea. Y ésta tenía graves repercusiones, tanto en las capacidades productivas de los trabajadores como en su descendencia.

A juicio de los médicos y “visitadoras sociales”, la falta de educación sexual originaba la propagación de las enfermedades venéreas. La ignorancia del pueblo sobre las razones del contagio y los efectos de estas enfermedades en la vida de las personas; contribuía en que hombres y mujeres se relacionaran sexualmente con otras/os sin medir las consecuencias que podían sufrir de ese acto:

En nuestro pueblo existe en forma incuestionable la ignorancia más absoluta acerca de los males venéreos. Como decía antes, los jóvenes hoy día, no tienen una fuente donde proveerse de los conocimientos más elementales, no digo del problema sexual, sino siquiera de la higiene sexual.

Es desolador ver el cuadro que muchas veces nos es dado observar a nosotros los médicos. Llegan a nuestras consultas jóvenes inexpertos que al iniciarse en sus prácticas sexuales reciben el horrendo bautismo de toda la patología venérea. (Rioseco, 1934, pág. 326)

Junto con ello afirmaron que el estado sanitario de los progenitores tenía una importancia fundamental sobre el producto de la concepción. Se consideró que las enfermedades venéreas como la sífilis y la gonorrea, e incluso la tuberculosis, afectaban directamente y de manera implacable en el estado de salud de los niños que nacían de ese acto sexual infeccioso:

No escapa al criterio de ninguna de las personas que me escuchan, el que el estado sanitario de los progenitores tiene una importancia fundamental sobre el producto de la concepción y su supervivencia. Es indudable que todas las enfermedades de los padres pueden influir sobre el niño pero, de entre ellas, hay fundamentalmente tres que lo hacen de una manera indudable e implacable: la tuberculosis, la sífilis y la gonorrea (Recchione, 1935, pág. 575).

Según el médico Humberto Recchione, cada una de las enfermedades tenía efectos diferentes sobre el/la niño/a:

Pero la manera de actuar de estas tres enfermedades es diferente y su diferencia estriba en lo siguiente: la gonorrea es una enfermedad que produce esterilidad, y, por lo tanto, disminución del índice de natalidad. La sífilis, abortos repetidos, producto de menor valía orgánica, con escasa capacidad vital; y la tuberculosis, muerte precoz cuando la infección es precoz. (pág. 576)

En relación a esto, la “visitadora social” Luisa Fierro (1929), advirtió que en su práctica del servicio social en la maternidad, había logrado percibir cómo la herencia sifilítica tiene crueles efectos sobre el niño y la madre:

En la práctica del servicio social en la maternidad, he podido medir en toda su extensión la influencia nefasta de la sífilis, tan difundida en nuestras clases populares. La herencia sifilítica hiere cruelmente al niño y a la madre; abortos frecuentes que debilitan poco a poco a una mujer que necesita trabajar; o bien, niños enfermos desde sus primeros días de vida, o poco más tarde, serán tristes despojos humanos (...) (pág. 265).

Por otra parte, para Mme. L. De Bray (1933), la herencia sifilítica era causa de la degeneración de la raza. Según ella, los niños que nacían de padres enfermos sufrían consecuencias biológicas que podían llevarlos a la muerte; pero a su vez desarrollaban una tendencia al delito y a las perversiones. Si a este cuadro se le sumaba el alcoholismo de los padres, entonces se masificaban los efectos de anormalidad en las futuras generaciones:

La sífilis también es una causa de degeneración, en especial de deformaciones congénitas, de disturbios nerviosos, de perversidad congénita y de anomalías mentales que van hasta la idiotez y la imbecilidad. Es cierto que en general existe relación estrecha entre el alcoholismo y las enfermedades venéreas; se combina entonces las dos causas para producir los mismos efectos de anormalidad. (De Bray, 1933, pág. 149)

Cabe agregar que los prostíbulos —tan masificados entre los sectores populares— fueron clasificados como verdaderos focos de infección. Los hombres concurrían a ellos para satisfacer sus impulsos sexuales y olvidar sus problemas, sin reparar en la trascendencia social y biológica de sus actos. En el norte del país, donde existía una gran cantidad de prostíbulos y población masculina flotante por el trabajo portuario; el Policlínico del Seguro Obrero entregaba las siguientes cifras de personas contagiadas por enfermedades venéreas entre 1931 y 1935:

**Policlínico del Seguro Obrero Obligatorio.**— Año 1931, se atendió 5,897 enfermos, de los que 473 eran venéreo. Morbilidad venérea 7.6 %. Año 1932, se atendieron 5240 enfermos, de los que 105 eran venéreos, lo que da un 2% de morbilidad. Año 1933, se atendieron 3417 enfermos con 0,67% de morbilidad venérea. Año 1934, se atendieron 3,511 enfermos con 70 casos venéreos; total de morbilidad venérea para este año 5,1%. Año 1935 hasta Agosto inclusive: enfermos atendidos 3, 318. Venéreos 115, o sea un 4,4% de morbilidad venérea. (Canturial & Rodríguez, 1936, pág. 24).

En general, para los médicos y las “visitadoras sociales”, las enfermedades venéreas eran el resultado de la crisis moral del pueblo, de sus vicios, de su falta de educación sexual y de la miseria. Por este motivo, afirmaron que mientras los hombres y mujeres no sometieran el acto sexual al juicio de la razón y la moral, contribuirían directamente en el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad general e infantil, con graves repercusiones en la economía del país. Por tanto, si se buscaba disminuir las tasas de contagio al interior del pueblo, resultaba fundamental implementar una serie de medidas que reeducaran su comportamiento sexual; puesto que la asistencia médica a los/as enfermos/as no sería suficiente para detener el contagio, su propagación y disminuir las tasas de mortalidad a causa de las enfermedades venéreas.

### 3.7 La prostitución

Es algo unánime aceptado por los hombres de ciencia y acatado como verdad inconcusa por los profanos, que la prostituta es un germen vivo de infección y tanto más terrible cuanto más depravada.

Octavio Maira<sup>23</sup>.

Entre los artículos publicados por médicos y “visitadoras sociales” a lo largo de los diez años de nuestra investigación, la prostitución no fue abordada como un problema en sí mismo. Más bien se habló de ella cada vez que fue necesario explicar las causas de la propagación de enfermedades venéreas y de los vicios al interior del pueblo. A razón de ello, explicaron que en una relación de causa y efecto, si aumentaban las cifras de prostitutas, aumentan también las posibilidades de contagio masculino y de propagación de las enfermedades venéreas. Siempre en un contexto lleno de vicios e inmoralidad sexual.

<sup>23</sup> Maira, O., 1887. La reglamentación de la prostitución desde el punto de vista de la higiene pública. Santiago: Imprenta Nacional Moneda.

Como resultado de sus investigaciones y de la observación científica, los/as profesionales concluyeron que la prostitución era un problema de higiene pública que se originaba en la miseria económica y la crisis moral/sexual del pueblo. Esto significaba que la falta de recursos materiales incitaba a las mujeres del pueblo a prostituirse para poder sobrevivir; pero además, la falta de educación moral y sexual contribuía en que los hombres acudieran a los prostíbulos sin reparar en las consecuencias vitales de este acto. Por ello, argumentaron —como en otros problemas de la época— que para transformar esta realidad médica-social era necesario implementar estrategias sanitarias y de educación sexual que fueran acompañadas de una mejora de las condiciones socio-económicas del pueblo.

Para los médicos y “visitadoras sociales”, la prostitución era una institución enormemente desarrollada a lo largo del país porque era un recurso contra el hambre y la miseria del pueblo. Por esta razón, consideraron que las crisis económicas eran un aliciente para el aumento de prostitutas. Sobre todo en aquellas regiones donde circulaba un gran número de población flotante masculina. Lo significativo era que justamente, en esas regiones era donde existía un mayor número de enfermos contagiados con sífilis y gonorrea, por ello los médicos Raúl Canturial y Alberto Rodríguez (1936) señalaron que:

Antes de entrar a tratar la manera cómo encarar este problema de las enfermedades venéreas, queremos abordar el estudio de la prostitución como fuente de contagio masculino, institución enormemente desarrollada a lo largo del país, que no tiende a desaparecer sino que a aumentar, se la reglamente o no, porque su origen está muy ligado, y esto se nota principalmente en los puertos del Norte, a las depresiones económicas periódicas. (pág. 22)

A razón de estos argumentos, hemos podido identificar que dentro de los diagnósticos realizados por los médicos y las “visitadoras sociales” sobre la prostitución, se estableció una relación de causa y efecto entre al menos

tres variables de análisis que a su juicio contribuían el aumento del comercio sexual en el pueblo:

Causas:

Las condiciones de vida y la realidad moral/sexual que favorecen el desarrollo del oficio de la prostitución en las mujeres populares.

Efectos:

La propagación de las enfermedades venéreas en y por la población masculina a través del comercio sexual.

Proliferación de los vicios, del libertinaje sexual y de la crisis moral del pueblo al interior de los prostíbulos.

### 3.7.1 Las causas

Tal como hemos observado, médicos y “visitadoras” reconocieron que las malas condiciones de vida de las mujeres populares contribuían directamente en que éstas decidieran ejercer el oficio de la prostitución; ya que era un medio que les permitía satisfacer las necesidades básicas para subsistir. Pero a su vez reconocieron que la crisis social-moral del pueblo promovía el ejercicio de la prostitución entre las mujeres. Las estadísticas de la época demostraban que quienes ejercían el oficio, eran, en gran medida, mujeres solteras, analfabetas, con claras deficiencias en el hogar y muchas veces con un gran número de hijos ilegítimos que debían mantener sin ninguna red de apoyo.

En 1936, los médicos Raúl Canturial y Alberto Rodríguez realizaron una encuesta a las prostitutas de Tocopilla que se encontraban registradas. A partir de ella, establecieron las siguientes conclusiones respecto de las causas que incidían en el ejercicio de la prostitución:

1º El 80% son prostitutas por razones económicas, el 15% inducidas por otras mujeres y el 5% restante, por deseo propio.

2º El 95% son madres de uno o más hijos o mujeres abandonadas o que tienen otras cargas de familia, como la mantención de la madre, hermanos menores, etc.

3º El 90% son analfabetas.

4º El beneficio mensual de las prostitutas fluctúa entre \$100 y \$200 para una categoría especial, para el resto, apenas el sustento diario y un mal vestuario. (Canturial & Rodríguez, 1936, pág. 22)

Por otra parte, en Santiago, según las cifras manejadas por el médico Salvador Allende (1939), la situación de las prostitutas era la siguiente:

Hay inscritas, en Santiago, cerca de tres mil mujeres dedicadas al comercio sexual. Del examen de 132 fichas, tomadas al azar, según datos del Departamento de Higiene Social, se desprende que la falta de recursos, mejor dicho, la miseria, han sido la causa determinante, en más de dos tercios de los casos.

En las 132 fichas examinadas se encuentra que estas mujeres tuvieron su primera relación sexual en edades de que se indican:

32 (24,2%) entre 10 y 14 años.

30 (22,7%) a los 15 años.

21 (15,9%) a los 16 años.

19 (14,3%) a los 17 años.

17 (12,9%) después de los 20 años.

1 ingresó virgen al prostíbulo.

En resumen, 83 mujeres, es decir, el 62,8%, se prostituyeron antes de cumplir dieciséis años

Del total, 47 (el 35,6%), eran analfabetas.

39 habían perdido a ambos padres, es decir, el 29,57%, (el 17,3%) a su padre y (el 12,1%) a su madre.

En cuanto a las causas que aparecen como determinantes en 72 casos las muchachas se prostituyeron impulsadas por la miseria, es decir el 54,5%;

21 lo hicieron por haber tenido que abandonar sus hogares estando embarazadas y no encontrar otro medio de vivir.

40 por no haber podido encontrar ocupación.

3 se vieron inducidas por sus propias madres y 2 lo fueron por sus amantes. (pág. 101)



En general, para los médicos y las “visitadoras sociales”, estos datos indicaban que la mala constitución familiar en el pueblo incidía directamente en el hecho de que las mujeres consideraran la prostitución como un espacio laboral y económico para sobrevivir. Claramente la miseria social y moral del pueblo eran determinantes en la conformación de esta realidad. Y por lo mismo, las mujeres sin recursos no podían instruirse y se veían incapacitadas intelectualmente para acceder a otras fuentes de trabajo mejor valoradas y con un salario digno que las alejara del mundo de la prostitución.

Así pues, a la luz de los datos presentados, hemos podido reconocer que para los médicos y “visitadoras”, los factores que contribuían en que las mujeres del pueblo ingresaran al comercio sexual se relacionaban con la miseria y la falta de recursos económicos para sobrevivir junto con sus familias. En ese contexto, el analfabetismo se traducía en la falta de educación que les impedía acceder a un oficio calificado, y la falta de educación moral al interior de una familia bien constituida, favorecía la prostitución de mujeres adolescentes antes de cumplir dieciséis años. Finalmente se consideró que la pobreza y las relaciones sexuales ilegítimas propiciaban su condición de madres solteras; razón por la cual se veían obligadas a buscar los medios para mantener a sus hijos, luego de haber sido abandonadas por sus familias de origen y/o sus amantes.

### 3.7.2 Los efectos

En relación a los *efectos* del ejercicio de la prostitución, los médicos y las “visitadoras sociales” coincidieron en que ésta era por excelencia un verdadero foco de infección y de propagación de las enfermedades venéreas. En general, las estadísticas demostraban que la mayor cantidad de prostitutas que ejercían el comercio sexual en el país estaban infectadas. Por ejemplo, en las regiones de Tarapacá y Antofagasta (por su elevado índice de población flotante masculina debido a la actividad portuaria), las cifras de morbilidad venérea en mujeres prostitutas entre los años 1934 y 1935 eran las siguientes:

Se atendieron durante 1934, 702 mujeres, sólo 104 de ellas estaban sanas, 598 eran enfermas, lo que da un porcentaje altísimo de morbilidad: 85.2%. Durante el año 1935 hasta el mes de agosto se han atendido 644 mujeres. 88 han sido sanas. La atención de este año arroja 86,2% de morbilidad venérea. (Canturial & Rodríguez, 1936, págs. 24-25).

El problema de estas cifras era que mientras las mujeres estuviesen infectadas y no existiese un control higiénico sobre sus prácticas sexuales, la gran mayoría de los hombres terminarían contagiados. Según estos datos y los datos expuestos en el apartado anterior sobre las enfermedades venéreas, los mismos médicos reconocieron que la cifra de hombres infectados tenía directa relación con la frecuencia en que éstos acudían a los prostíbulos, y ante ello expusieron:

Un gran número de enfermos de esta categoría ha adquirido tal enfermedad en los prostíbulos, en sus contactos sexuales, o en la promiscuidad del hogar obrero donde estas enfermedades se mancomunan. (Canturial & Rodríguez, 1936, pág. 23)

Ciertamente y pese a la claridad de las cifras, también reconocieron que en estos espacios, muchas prostitutas fueron contagiadas por hombres de desconocida procedencia. De esto se extrae que no solo las mujeres eran

foco de infección, sino que la práctica sexual sin control y sin las medidas higiénicas necesarias, convertía al prostíbulo en un espacio donde se daban y se recibían enfermedades de transmisión sexual. A su vez, fuera de sus fronteras, el pueblo y las mujeres del pueblo en particular, quedaban expuestas a ser contagiadas por los hombres infectados al interior de los prostíbulos, pues:

El 95 % de los casos de contaminaciones venéreas en la familia, es el hombre el responsable de ellas. (Rioseco, 1934, pág. 323)

El segundo *efecto* de la prostitución que hemos reconocido como variable de análisis dentro los escritos médicos-sociales, es la proliferación de los vicios, del libertinaje sexual y de la crisis moral del pueblo al interior de los prostíbulos.

Según los médicos Raúl Canturial y Alberto Rodríguez (1936), gracias a las encuestas realizadas a las prostitutas de la región de Tocopilla, habían logrado observar que:

Un 50% de ellas se ve inducida a beber alcohol sin gustarle, por la obligación que hay en los prostíbulos de que la asilada lo consuma para aumentar los gastos del cliente y la ganancia de la dueña del prostíbulo, a quien, a fin de cuentas, aunque nos pese, deberemos reconocer como el verdadero patrón de la prostituta (...). (pág. 24)

Para los médicos, estos datos indicaban que al interior de los prostíbulos no se ejercía únicamente el comercio sexual; sino que además se promovía el consumo de alcohol entre las prostitutas y los hombres que accedían a sus servicios. Debido a ello, el acto sexual se llevaba a cabo en estado de embriaguez y dificultaba las capacidades mentales para que ambos sexos tomaran las precauciones adecuadas para evitar nuevos embarazos y el contagio de enfermedades venéreas. Por tanto, los prostíbulos no solo eran un foco de contagio venéreo, sino que a su vez se incitaba a la

población a gastar su dinero en vicios que no traían más consecuencias que una paulatina degeneración de la raza

Es así como concluyeron que al interior de los prostíbulos solo se agudizaba la crisis moral del pueblo, ya que se constataba que existía una relación directa entre la enfermedad venérea y las perversiones. Según Mme. Leo De Bray (1933):

En las casas de prostitución, se constata que las enfermedades venéreas afectan profundamente el carácter, desarrollan el egoísmo, el gusto de las satisfacciones materiales y groseras como excesos de bebidas, placeres e inversiones sexuales.(pág. 149)

Desde la óptica de los médicos y las “visitadoras sociales”, la prostitución era entonces un factor crucial para entender la propagación de los males del pueblo. Sobre todo porque promovía el desarrollo de uniones sexuales ilegítimas, guiadas solamente por el impulso sexual de los hombres que encontraban en las malas condiciones de vida de las mujeres del pueblo, una oportunidad para satisfacer sus deseos carnales. La mujer del pueblo entonces, no fue definida como un sujeto que opta libremente por vender su cuerpo, sino como una víctima de la pobreza, del abandono y de su crisis moral que la convierten en el foco más terrible de la propagación de la enfermedad y de la depravación.

## 4 CONCLUSIÓN

Mirar el pasado a través del discurso del otro para comprendernos en el tiempo y a través de la historia, es y ha sido entonces, un ejercicio político. Éste nos ha obligado a cuestionar las relaciones de poder y de dominación a partir de las cuales se han producido las verdades con las que pensamos el mundo y nos pensamos *en* el mundo. En este sentido, para comprender cómo hemos llegado a entender el cuerpo y la sexualidad humana, cómo encausamos nuestros deseos y placeres, o para comprender por qué una determinada forma de comportamiento sexual ha aparecido ante nuestros ojos como una verdad histórica y científica/biológica; hemos cuestionado los discursos que han operado histórica e ideológicamente desde el poder, para visualizar los modelos ideales de comportamiento sexual que han sido establecidos en el imaginario colectivo y que han sido útiles para la consolidación del sistema político y económico de comienzos del siglo XX chileno —y que incluso podríamos visibilizar en el inconsciente político de este siglo XXI.

Dicho esto, nuestro trabajo ha buscado abrir la puerta de la historiografía al saber científico sobre el pueblo y su sexualidad; para comprender las tensiones, los conflictos y las disputas por el sentido de las conductas sexuales, como una de las formas más elementales del poder. Esto quiere decir que hemos analizado la palabra y la escritura científica de los médicos y las “visitadoras sociales”, para determinar el impacto que tuvieron en construcción de la realidad sexual popular y por tanto en la memoria histórica con la que nos pensamos en el tiempo.

Para llevar a cabo esta empresa, hemos analizado los diagnósticos sobre el pueblo y el origen de sus males, que fueron producidos por médicos y “visitadoras sociales” y publicados en diversas revistas de circulación científica entre 1927 y 1937. Con ello, hemos buscado demostrar cómo dichos aparatos productores de conocimiento fueron capaces de construir la *“realidad sexual popular”* a partir de un imaginario de género que les permitió elaborar representaciones sobre el comportamiento sexual del pueblo en su vida cotidiana, en medio de una clara relación de poder. Por

este motivo, pusimos bajo sospecha la construcción de la “realidad” sexual popular y partimos de la base de que esta existió gracias a la producción de un saber médico y asistencial. Aquel que —desde nuestra perspectiva— fue puesto en circulación para identificar los problemas médicos y sociales que, a juicio de los/as profesionales, tuvieron como causa el comportamiento social y sexual de los hombres y las mujeres del pueblo.

En relación a la problemática expuesta en estas páginas y gracias a los trabajos desarrollados por la historiadora María Angélica Illanes, además de los aportes de historiadores sociales como Gabriel Salazar y Julio Pinto; hemos podido visualizar que a comienzos de la década de 1920, la miseria, el hambre, la enfermedad y la muerte se convirtieron en la bandera de lucha del movimiento obrero que lentamente adhería a sus filas a cientos y cientos de trabajadores y trabajadoras que buscaron recuperar la vida y la salud del pueblo a partir de una *revolución activa estructural*. Esta situación se convirtió en un llamado de alerta para los sectores medios, pero sobre todo para la intelectualidad médica y asistencial que abrió una salida a la crisis a través de un nuevo proyecto político “integracionista” que procuró restablecer los lazos rotos entre el pueblo y el Estado por un lado y entre el pueblo y la clase dominante por otro. Todo, para dar forma y vida al nuevo Estado Asistencial Sanitario que tuvo como objetivo recuperar la vida y la salud del pueblo para calmar el descontento social y evitar la desestructuración del sistema político y económico.

Tal como vimos, en este escenario los médicos y las “visitadoras sociales” se convirtieron, en actores claves del proceso de reconstrucción de la sociedad y como consecuencia de ello protagonizaron un debate intelectual que buscó determinar los factores que incidían en la proliferación de los males de la época (mortalidad infantil y general, enfermedades venéreas, prostitución, alcoholismo, etc.); ya que solo de ese modo podrían generar las estrategias que les permitirían transformar la vida del pueblo y asegurar las condiciones sociales/morales mínimas para

mejorar su salud y garantizar la reproducción de la vida. Como resultado de ello, elaboraron diagnósticos sostenidos en los principios ideológicos de la Higiene Social y en la técnica de investigación científica, con los cuales explicaron que en el pueblo existía una crisis moral y sexual que afectaba su vida y su salud, pero que también ponía en riesgo el bienestar de toda la comunidad. Así, por medio de la producción de diagnósticos fabricaron un saber médico y asistencial sobre la sexualidad popular que explicó y dio sentido a la *realidad* del pueblo que hasta entonces había sido ignorada por las elites nacionales.

En tal sentido, podemos concluir que dicho saber fue producido a partir de un ideal moral/sexual que a juicio de los médicos y las “visitadoras sociales” debía guiar el comportamiento social y sexual de los hombres y mujeres del pueblo para dar solución a los problemas de la época. Por ello, la familia, la maternidad y la paternidad aparecieron en el diagnóstico médico y asistencial como modelos ejemplares de comportamiento social y sexual con los que los/as profesionales interpretaron las conductas sexuales del pueblo. Lo que nos parece relevante de esta acción política, es que a razón de ello, el diagnóstico se convirtió en un dispositivo de poder que construyó la “realidad” sexual popular y la significó como la causa de los problemas médicos y sociales; ya que a juicio de los/as profesionales, los hombres y mujeres del pueblo no eran *ni madres ni padres*, ni respondían a formas de comportamiento sexual propias de los países desarrollados. Por ello, consideramos que en esta idea de *crisis* moral y sexual del pueblo, desde donde se construyó la “realidad”, devela el imaginario social/sexual desde donde el médico y la “visitadora social” observaron al pueblo, significaron sus conductas y elaboraron representaciones sobre su sexualidad para entenderla y dotarla de sentido.

A razón de lo expuesto, concluimos que dicho imaginario social y sexual contuvo categorías de género hegemónicas que dieron sentido a la ideología de los/as profesionales y se localizaron directamente en la

producción de diagnósticos con los cuales construyeron la “realidad” sexual popular. Así, las conductas sexuales del pueblo se describieron o se explicaron como un problema en la medida que no se ajustaban al imaginario y a las categorías de género desde donde los médicos y las “visitadoras sociales” observaron al pueblo como objeto de estudio. Por tal motivo, pensamos que la producción de saberes sobre el pueblo y su sexualidad estuvo arraigada a categorías de género pre-establecidas por la cultura e ideología de los médicos y las “visitadoras sociales” que no fueron cuestionadas por y desde el saber científico, sino que más bien se legitimaron como verdades universales a través de él.

Con esto nos referimos a que categorías de género como mujer/madre y hombre/padre, respondieron más a la ideología y clase social de los/as profesionales que a las formas de comportamiento social/sexual del pueblo que ellos/as mismos/as analizaron. Por esta razón, tales categorías circularon en sus diagnósticos como un lugar epistemológico fundamental para la comprensión del mundo popular y sus formas de comportamiento social y sexual. Así pues, los/as profesionales analizaron al pueblo desde una idea moral/sexual de feminidad y masculinidad con las que clasificaron las conductas sociales y sexuales de los sectores populares como un problema médico-social que fomentaba la proliferación de diversos males que atentaban contra la vida del pueblo e impedían el desarrollo del país: las condiciones de vida, la ilegitimidad sexual, la irresponsabilidad del hombre, el quiebre del binomio madre-niño, las enfermedades venéreas, los vicios y la prostitución.

Sin duda alguna, los problemas médicos y sociales que abordamos en nuestro trabajo y que a juicio de los médicos y las “visitadoras sociales” tuvieron como causa las conductas sexuales del pueblo; dan cuenta de su posicionamiento ideológico moral/sexual y de las categorías de género que dispusieron para el desarrollo de sus investigaciones científicas. Es así como por ejemplo, cuestiones tales como: *la ilegitimidad sexual popular, la irresponsabilidad del hombre popular o la falta de instinto maternal en las*



*mujeres del pueblo*; fueron considerados problemas sociales que de no ser resueltos con urgencia, agravarían los problemas médicos que impedían el progreso de la nación. Evidentemente, todas estas conclusiones científicas les llevaron a ratificar que para recuperar la vida y la salud del pueblo era necesario: que se legalizara la familia heterosexual por medio del contrato sexual/matrimonial para que ambos sexos controlaran sus impulsos sexuales; que el hombre asumiera su deber de proveedor con su mujer e hijos fuera de los vicios; y que la mujer desarrollara su instinto maternal como un deber social para asegurar la vida de futuros trabajadores, ciudadanos y madres.

Estos hallazgos, nos llevan a concluir que en la medida que ese saber fue legitimado por la ciencia y por el Estado, se legitima a su vez la ideología moral/sexual de los médicos y las visitadoras sociales en el imaginario colectivo que impregna de sentido común a un modelo ideal de afectividad y de socialización de la libido que es funcional a su propio proyecto político. Como consecuencia de ello, consideramos que en Chile, la producción de un saber científico sobre la sexualidad popular puso en marcha toda una “política general de la verdad” (Foucault, 2009), que desconoce, margina y silencia cualquier otro saber popular sobre la sexualidad. Por esto, podemos concluir que tuvo efectos de poder sobre los cuerpos, ya que buscó que hombres y mujeres del pueblo comprendieran como erradas todas aquellas conductas que no se ajustaran a las establecidas por el saber médico y asistencial; puesto que de ese modo serían capaces de juzgar y transformar sus propias conductas sexuales en beneficio de toda la comunidad y del proyecto ideológico de las elites.

Todo esto nos lleva a concluir además, que en este escenario histórico, el *género* operó política y económicamente en Chile. Decimos esto, porque—desde la perspectiva de nuestro análisis— las categorías de feminidad y masculinidad que dispusieron los médicos y “visitadoras sociales” para la comprensión del mundo popular, favorecieron la construcción de la

“realidad”; y debido a ello, promovieron el diseño y legitimación de un modelo ideal de comportamiento social/sexual que —a juicio de los/as profesionales—, garantizaría la estabilidad política y el progreso económico de la nación: la familia legal heterosexual y monoparental. Así pues, en la medida que el saber médico y asistencial reconoció como un problema la ausencia de los deberes maternos y paternos de los hombres y mujeres del pueblo al interior de la familia; afianzaron en el imaginario colectivo su idea de maternidad y paternidad como una verdad universal. Como consecuencia, a través de sus diagnósticos, promovieron la difusión de categorías de género que fueron definidas científica, política y económicamente desde el poder, para que hombres y mujeres comprendieran y transformaran su propio mundo. De este modo, categorías como: mujer/madre y hombre/padre, fueron producidas y difundidas por saber médico y asistencial; y a partir de ellas se definieron los roles y deberes que cada uno de los sexos debía asumir para la producción y la reproducción de la vida que garantizaría la pervivencia de la economía capitalista y el Estado.

Por ello, y en la medida en que médicos y “visitadoras sociales” construyeron la “realidad” sexual popular a partir de categorías de género propias de su ideología moral/sexual; incrementaron su posición de poder y de dominación sobre los cuerpos del pueblo. Exponemos esto, porque a través de los diagnósticos, los/as profesionales construyeron un orden simbólico que significó las conductas sexuales del pueblo y como consecuencia, restringieron las posibilidades de los hombres y las mujeres de elaborar significados sobre su sexualidad a partir de su propia comprensión del mundo. Así pues, su forma de apreciarse o de apreciar el mundo, quedó mediada por la voz y la mirada de los/as expertos/as; naturalizando con ello las clasificaciones de la que su ser es el producto (Bourdieu, 2000).

Junto con todo esto, podemos concluir entonces, que la construcción médica y asistencial de la “realidad” sexual popular, a través de los diagnósticos; fue un aspecto relevante de la nueva hegemonía cultural fundada por los médicos y “visitadoras sociales” en este contexto. Esto quiere decir que su producción no solo tuvo por objeto comprender el mundo popular, sino también incidir en la forma como el hombre y la mujer del pueblo, debían pensar y vivir su cuerpo y sexualidad para asegurar el bienestar biológico y material de toda la comunidad. En función de ello, y de acuerdo a los antecedentes históricos presentados, hemos observado que el fin de esta estrategia política fue conseguir que el pueblo, con el propósito de satisfacer sus necesidades, asistiera a una transformación de sus conductas sexuales a partir de modelos ejemplares de comportamiento sexual que emanaron desde el saber médico y asistencial y que fueron legitimados por el Estado chileno. En este orden de cosas y de acuerdo a lo que hemos planteado más arriba, para los médicos y las “visitadoras sociales” solo la familia legalizada por el Estado a través del matrimonio, garantizaría la reproducción de la vida, aseguraría el progreso económico y gracias a ello, disminuiría el descontento social que amenazaba la estabilidad política institucional.

Con todo lo antes dicho, concluimos por tanto, que lo que sabemos del pueblo y de su sexualidad, tiene que ver principalmente con cómo, a partir de un imaginario social y sexual, se llevó a cabo una empresa de producción de saberes, verdades y significados sobre su comportamiento social y sexual; todo un entramado de discursos que se institucionalizan, se sedimentan e internalizan para construir la “realidad”. Por tanto, creemos que deberíamos preocuparnos de esas verdades o de esa insistencia por hablar de “realidad” médico- social/sexual, ya que ésta fue y es en sí misma un producto social que encuentra como matriz de origen, todo un entramado ideológico que da cabida a la producción significados sobre la vida del pueblo.

Para finalizar, quisiera exponer aquí una última reflexión que nace de aquella historia de mi familia llena de olvido, de silencios y que es parte de esta historia nacional. Ocurre que desde que era pequeña miré con tristeza a mi abuelo Pablo. Recuerdo que mi padre me decía que su seriedad, mal carácter, su violencia hacia mi abuela Eliana eran el resultado de su infancia triste y sin una familia. Siempre decían que mi abuelo no sabía querer porque nunca tuvo una madre que lo acompañara en los momentos más dolorosos de su vida o que le diera cariño sin pedir nada a cambio. Y todos estos argumentos tenían para mí todo el sentido del mundo porque yo tampoco era capaz de imaginarme viviendo mi vida sin mi madre y mi padre. De hecho, creo que aún me cuesta. Pero bien, si digo todo esto es porque creo que este sentimiento familiar no solo se inscribe en el registro de mi historia individual, sino que devela el impacto cultural de los discursos científicos sobre la familia, la maternidad y la paternidad que hemos revisado hasta ahora, y que demuestran cómo las experiencias y las relaciones sexuales han sido dotadas de sentido común para favorecer una determinada forma de comportamiento social/sexual que sea capaz de garantizar la pervivencia de nuestro sistema político y económico. Lo interesante es ver cómo, a través de nuestras historias familiares se evidencian las transformaciones culturales respecto a la concepción de la maternidad y la paternidad generación tras generación. Y cómo además se hacen más fuertes, se debilitan o se transforman de acuerdo a los contextos sociales y políticos que experimentamos; demostrando con ello que no existe una verdad histórica, sino más bien discursos, todo un campo de disputa, de luchas y enfrentamientos por el sentido de nuestras conductas sexuales y afectivas. Por este motivo y a razón de todo nuestro recorrido, podemos concluir que no existe ni ha existido una “realidad” sexual popular, ni una sola forma de ser *madres* y *padres*, sino que más bien ha existido voluntad de realidad, *voluntad y representación*.

## ÍNDICE DE CONCEPTOS

- Alcoholismo**, 55, 59, 70, 135, 136, 137, 138, 140, 144, 154
- Amor**, 4, 102, 107, 108, 109, 115, 119, 123, 124, 125, 129, 130
- Asistencia**, 7, 33, 34, 36, 37, 43, 52, 83, 145  
/Asistencial, 8, 10, 21, 32, 40, 42, 43, 45, 47, 49, 52, 54, 69, 75, 76, 78, 79, 82, 84, 88, 92, 93, 94, 98, 154, 155, 157, 158, 159
- Capitalismo**, 15, 19, 28, 30, 46, 47, 49, 51, 63, 103
- Ciencia**, 10, 11, 12, 20, 25, 26, 27, 31, 35, 37, 44, 50, 61, 64, 66, 70, 71, 73, 76, 77, 82, 85, 89, 92, 95, 119, 136, 145, 157
- Cuestión Social**, 18, 51, 89
- Deseo**, 17, 22, 43, 72, 91, 115, 126, 148
- Diagnóstico**, 10, 32, 42, 43, 45, 67, 75, 76, 79, 80, 81, 82, 84, 86, 89, 104, 121, 122, 155
- Discurso**, 8, 9, 21, 27, 28, 31, 39, 40, 43, 48, 52, 66, 72, 82, 83, 85, 88, 89, 92, 93, 94, 138, 139, 153
- Enfermedad**, 28, 36, 39, 45, 46, 49, 54, 55, 56, 58, 59, 61, 68, 70, 71, 76, 77, 78, 79, 80, 83, 84, 88, 89, 94, 95, 98, 99, 100, 102, 107, 114, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 150, 151, 152, 154, 156  
/Venéreas, 28, 36, 56, 78, 89, 94, 102, 114, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 150, 151, 152, 154, 156
- Estado**, 7, 8, 9, 12, 18, 19, 20, 27, 28, 31, 32, 33, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 54, 55, 56, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 82, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 101, 104, 108, 109, 130, 135, 136, 137, 138, 141, 143, 151, 154, 157, 158, 159
- Familia**, 9, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 27, 28, 29, 30, 31, 35, 84, 92, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 109, 110, 111, 113, 115, 116, 117, 118, 123, 124, 130, 132, 137, 139, 140, 141, 148, 149, 151, 155, 157, 158, 159, 160
- Feminidad**, 21, 22, 24, 39, 40, 43, 75, 76, 93, 94, 156, 157
- Género**, 3, 5, 8, 9, 12, 18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 39, 40, 42, 43, 44, 72, 75, 91, 92, 93, 94, 101, 112, 153, 155, 156, 157, 158
- Hombre**, 15, 26, 28, 30, 40, 41, 53, 59, 61, 72, 79, 84, 94, 98, 102, 104, 106, 107, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 121, 123, 124, 126, 129, 130, 140, 151, 156, 158, 159
- Ideología**, 25, 26, 27, 31, 34, 39, 53, 62, 75, 76, 81, 92, 93, 155, 156, 157, 158
- Illegitimidad**, 68, 69, 89, 94, 102, 106, 107, 110, 114, 156
- Imaginario**, 7, 8, 9, 18, 20, 21, 24, 25, 26, 29, 31, 43, 72, 75, 85, 91, 92, 93, 94, 153, 155, 157, 158, 159
- Madre**, 16, 17, 59, 72, 79, 81, 88, 97, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 140, 143, 148, 156, 158, 160  
/Binomio madre-niño, 28, 89, 94, 119, 120, 122, 123, 126, 128, 134, 156  
/Maternidad, 18, 20, 24, 26, 28, 39, 40, 43, 75, 89, 92, 93, 94, 100, 109, 119, 120, 122, 123, 127, 131, 134, 143, 155, 158, 160
- Masculinidad**, 21, 22, 24, 39, 40, 43, 75, 76, 93, 94, 112, 156, 157
- Medicina**, 7, 39, 43, 61, 63, 64, 77, 78, 81, 82, 114

- /Médico, 7, 8, 10, 19, 20, 21, 34, 39,  
40, 41, 43, 47, 48, 49, 53, 55, 57,  
60, 61, 64, 66, 71, 73, 75, 76, 78,  
79, 80, 82, 84, 85, 87, 88, 89, 92,  
93, 94, 101, 102, 103, 105, 119,  
120, 124, 125, 128, 129, 131, 133,  
135, 136, 138, 142, 143, 148, 154,  
155, 156, 157, 158, 159
- Moral, 10, 11, 12, 20, 25, 27, 49, 59, 67,  
68, 70, 71, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81,  
82, 83, 84, 88, 89, 92, 93, 95, 96, 97,  
103, 104, 105, 106, 107, 109, 115,  
116, 118, 122, 123, 125, 126, 127,  
131, 132, 133, 135, 137, 138, 139,  
145, 146, 147, 149, 151, 152, 155,  
156, 157, 158
- Movimiento Obrero, 46, 48, 53, 154
- Mujer, 16, 28, 30, 40, 41, 72, 81, 84, 102,  
104, 106, 107, 111, 113, 114, 115,  
117, 118, 120, 121, 122, 123, 124,  
125, 126, 128, 129, 130, 131, 132,  
133, 134, 140, 143, 152, 156, 157,  
158, 159
- Nación, 11, 19, 20, 27, 31, 49, 55, 58, 59,  
63, 66, 70, 71, 77, 78, 83, 86, 89, 93,  
98, 117, 118, 135, 140, 157, 158
- Niño, Niña, 9, 16, 19, 29, 41, 46, 56, 59,  
68, 79, 81, 89, 95, 98, 99, 100, 102,  
105, 106, 107, 108, 109, 110, 111,  
113, 115, 116, 119, 120, 122, 123,  
125, 126, 127, 128, 129, 130, 131,  
132, 133, 134, 137, 140, 143, 144
- Padre, 16, 17, 40, 59, 64, 72, 81, 89, 105,  
107, 108, 109, 110, 115, 116, 117,  
118, 121, 124, 125, 130, 138, 148,  
156, 158, 160
- /Paternidad, 18, 20, 24, 26, 39, 43, 75,  
89, 92, 93, 94, 109, 116, 117, 155,  
158, 160
- Pobreza, 15, 16, 19, 28, 33, 50, 55, 59, 61,  
68, 83, 95, 96, 101, 118, 121, 122,  
123, 126, 127, 128, 129, 131, 134,  
149, 152
- Poder, 9, 10, 12, 16, 18, 20, 21, 22, 23,  
24, 26, 27, 29, 31, 32, 35, 40, 42, 43,  
44, 50, 52, 53, 60, 61, 62, 64, 65, 67,  
73, 75, 76, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 90,  
91, 92, 102, 109, 110, 124, 134, 146,  
153, 155, 157, 158
- Privado, 12, 29  
/Doméstico, 11, 29, 30  
/Espacio Privado, 69  
/Íntimo, 12, 68, 84, 90
- Prostitución, 28, 55, 56, 59, 70, 71, 89,  
94, 99, 102, 105, 118, 145, 146, 147,  
149, 150, 151, 152, 154, 156
- Público, 29
- Pueblo, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 17, 18, 19, 20,  
21, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 39,  
40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49,  
50, 52, 54, 55, 58, 59, 61, 62, 64, 65,  
66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76,  
77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87,  
88, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98,  
99, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 107,  
109, 110, 111, 112, 113, 114, 115,  
116, 117, 118, 119, 120, 122, 123,  
124, 126, 127, 128, 129, 130, 131,  
132, 133, 134, 135, 136, 137, 138,  
139, 140, 142, 145, 146, 147, 149,  
151, 152, 153, 154, 155, 156, 157,  
158, 159
- /Popular, 7, 8, 10, 18, 20, 21, 24, 25,  
31, 32, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 50,  
52, 61, 66, 67, 68, 69, 72, 75, 76,  
77, 80, 89, 90, 92, 93, 94, 97, 98,  
102, 103, 110, 111, 114, 115, 116,  
139, 140, 153, 155, 156, 157, 158,  
159, 160
- Saber, 8, 9, 12, 17, 19, 21, 22, 25, 26, 27,  
28, 31, 32, 40, 42, 43, 47, 48, 50, 60,  
61, 64, 70, 72, 73, 75, 76, 78, 79, 80,  
82, 85, 86, 88, 89, 153, 154, 155, 156,  
157, 158, 159
- Servicio Social, 7, 20, 33, 34, 35, 38, 43,  
45, 65, 67, 71, 84, 86, 87, 107, 109,  
111, 114, 118, 120, 124, 127, 143

**Sexualidad**, 3, 7, 8, 10, 18, 21, 22, 23, 24,  
25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 40, 41,  
42, 43, 44, 69, 72, 75, 76, 77, 82, 88,  
91, 92, 93, 101, 142, 153, 155, 156,  
157, 158, 159

**Sujeto**, 7, 8, 10, 12, 23, 41, 91, 109, 113,  
152

**Trabajo**, 4, 5, 8, 9, 12, 21, 22, 28, 30, 33,  
34, 41, 42, 48, 51, 52, 60, 63, 64, 69,  
76, 79, 87, 91, 95, 96, 98, 112, 113,  
124, 132, 141, 144, 149, 153, 156

**Verdad**, 18, 19, 25, 27, 82, 86, 90, 92,  
111, 122, 130, 133, 145, 153, 157,  
158, 160

**Vicios**, 28, 68, 70, 83, 94, 95, 102, 114,  
135, 136, 139, 145, 147, 151, 152,  
156, 157

**Visitadora Social**, 65, 83, 84, 96, 102, 112,  
115, 120, 122, 123, 126, 132, 137,  
143, 155





## BIBLIOGRAFÍA

- ALLENDE, S. (1939). *La realidad médico-social chilena*. Santiago: Ministerio de Salubridad Pública.
- AMORÓS, Celia. *Tiempo de feminismo*. Editorial Cátedra, Madrid, 1997.
- ARDITI, Benjamín (2000). *El reverso de la diferencia identidad y política*. Caracas: Nueva Sociedad.
- BARBIERI, T. D. (1992). *Sobre la categoría de Género: una introducción teórico metodológica*. Fin de Siglo: Cambio civilizatorio, Isis Internacional.
- BATAILLE, Georges. (2000). *Las Lágrimas de Eros*, Barcelona: Tusquets Editores.
- \_\_\_\_\_. (2006). *El Erotismo*, Buenos Aires: Tusquets Editores.
- BEAUVOIR, S. d., (1999). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Debolsillo.
- BENJAMIN, Walter (2009). *La dialéctica en suspenso. Fragmentos sobre la historia*, Santiago: LOM.
- BERGER, P. & Luckmann, T. *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires: Amorrortu editores.
- BONDEIRAS, C. (2006). *Joan Scott y las políticas de la historia*. Barcelona: Icaria.
- BOURDIEU, P. (1997). *Razones Prácticas. Sobre la Teoría de la Acción*. Barcelona: Anagrama.
- \_\_\_\_\_. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- BURIN, Mabel (1996). *Género, Psicoanálisis, Subjetividad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- BUTLER, Judith. (1997) *Actos performativos y constitución del género: Un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. Debate Feminista*. 296-314.
- \_\_\_\_\_. (2001) *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción*. Madrid: Editorial Catedra.
- CASTORIADIS, Cornelius (1993) *La institución imaginaria de la sociedad* (vol.1). Buenos Aires: Tusquets.
- FOUCAULT, M. (1992). *La microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- \_\_\_\_\_. (2001). *Los Anormales*. Madrid: AKAL Ediciones.
- \_\_\_\_\_. (2002). *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets Editores.
- \_\_\_\_\_. (2008). *Historia de la Sexualidad*. (Vol. I. La voluntad de saber). Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.

\_\_\_\_\_. (2008) *Historia de la Sexualidad*. (Vol. II. El uso de los placeres). México: Siglo Veintiuno Editores.

\_\_\_\_\_. (2008). *Historia de la Sexualidad*. (Vol. III: La Inquietud de Sí). México: Siglo Veintiuno Editores.

\_\_\_\_\_. (2009). *La arqueología del saber*. Madrid: Siglo XXI Editores.

FOX Keller, Evelyn. (1991). *Reflexiones sobre Género y Ciencia*. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim.

FRAISSE, Geneviève (1991). *Musa de la Razón, la democracia excluyente y la diferencia de los sexos*. Madrid: Ediciones Cátedra.

\_\_\_\_\_. (2003). *Los dos gobiernos: la familia y la ciudad*. Madrid: Ediciones Cátedra.

GÓMEZ, P. (2001). «Imaginarios sociales y análisis semiótico. Una aproximación a la construcción narrativa de la realidad». *Cuadernos N°17*.

HARTMAN, H. (1983). «Un matrimonio mal avenido: hacia una unión más progresiva entre marxismo y feminismo». *Papers de la Fundació 88*, 1-32.

ILLANES, M. A. (1993). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, (...) Historia social de la salud pública, Chile 1880/1973 (hacia una historia social del siglo XX)*. Santiago: Colectivo de Atención Primaria.

\_\_\_\_\_. (2003). *Las escritas. Seducción popular y Estado nacional. Chile, 1928-1948*. Santiago: Proyecto Fondecyt N° 1020135.

\_\_\_\_\_. (2006). *Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las "visitadoras sociales" 1887-1940*. Santiago: LOM.

LACAN, Jacques. (1994) «El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica». 1936/1949. Escritos, 1. 86-93.

\_\_\_\_\_. (1953) *Lo simbólico, lo imaginario y lo real*. Conferencia pronunciada por J.L. en julio de 1953 en ocasión de la fundación de la Sociedad Francesa de Psicoanálisis, constituida por el grupo (Lagache, Dolto, J.L., J. Favez-Boutonier y B. Reverchon-Jouve) que se separa de la Sociedad Psicoanalítica de París.

LÓPEZ, J. (1933). *El abandono de Familia. Estudio Jurídico Social*. Santiago: Nacimiento.

MAIRA, O. (1887). *La reglamentación de la prostitución desde el punto de vista de la higiene pública*. Santiago: Imprenta Nacional Moneda.

PATEMAN, Carol. (1995). *El contrato sexual*, Itzapalapa: Ediciones Anthoropos.

PINTO, J., & Salazar, G. (1999). *Historia Contemporánea de Chile. Tomo I. Estado, legitimidad y ciudadanía*. Santiago: LOM.

PINTO, J., & Salazar, G. (1999). *Historia Contemporánea de Chile. Tomo II: Actores, Identidad y Movimiento*. Santiago: LOM.

PINTO, J., & Salazar, G. (2002). *Historia Contemporánea de Chile. Tomo III. La economía: mercados, empresarios y trabajadores*. Santiago: LOM.

PINTOS, J. L. (2005). «Comunicación, construcción de la realidad e imaginarios sociales. Utopía y praxis latinoamericana». *Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social*, 37-65.

ROSEMBLATT, K. (1995). «Por un hogar bien constituido». En: *Disciplina y Desacato. Construcción de la identidad en Chile. Siglos XIX y XX.* Santiago: Sur/Cedem, pp. 181-222.

RUBIN, G. (1986). «El tráfico de mujeres: Notas sobre la economía política del sexo». *Revista Nueva Antropología*, VIII(30), 95-145.

SCOTT, J. (1996). «El género: una categoría útil para el análisis histórico». En M. Lamas, *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (págs. 25-55). México: PUEG.

VAN DIJK, Teun A. (1999). *El análisis crítico del discurso, Anthropos*. 23-36.

\_\_\_\_\_. (2000). *El discurso como interacción social*. Barcelona: Editorial Gedisa.

\_\_\_\_\_. (2000). *El discurso como estructura y proceso*. Barcelona: Editorial Gedisa.

### Revistas Analizadas

“*Servicio Social*”. Órgano de la Escuela de Servicio Social de la Junta de Beneficencia de Santiago. Santiago de Chile. (1927- 1937).

“*Beneficencia*”. Órgano de la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social. República de Chile; Ministerio de Bienestar Social. (1929-1932).

“*Revista de Asistencia Social*”. (Nueva serie de la revista de Beneficencia Pública). Órgano de la Asociación chilena de Asistencia Social. Santiago de Chile. (1932- 1937)

“*Acción social*”. Caja del Seguro Obligatorio, Ley N°4054; Santiago de Chile (1930-1937).

## Artículos Médico-Sociales

«A nuestros Lectores». (1927). *Servicio Social*, 2.

«Algunos casos sociales solucionados por las Visistadoras». (1927). *Servicio Social*, 182-184.

ÁLVAREZ, O. (1937). «La habitación popular: Ilusiones y realidades». *Acción Social*, 22-28.

AMUNÁTEGUI, L. (1929). «Escuelas maternas». *Servicio Social*, 229-253.

«Boletín de la dirección general de beneficencia y asistencia social». (1929). *Beneficencia*, 1.

CALVO MACKENNA, L. (1928). «La profilaxis del abandono del niño y el Servicio Social». *Servicio Social*, 200-214.

CANTURIAL, R., & RODRÍGUEZ, A. (1936). «Algunas ideas sobre la forma en que debe abordarse el problema de las enfermedades venéreas». *Revista de Asistencia Social*, 21-35.

CARRASCO, R. (marzo de 1928). «Reflexiones de una iniciada en el Servicio Social». *Servicio Social*(1), 10-14.

CORDEMANS, L. (1928). «Algunas características del servicio social». *Servicio Social*, 1-9.

CÓRDOVA, L. (1932). «Primer Código Sanitario de Chile». *Servicio Social*, 264-286.

DE BRAY, L. (1933). «Delincuencia juvenil y servicio social». *Servicio Social*, 147-156.

FIERRO, L. (1929). «El Servicio Social en la Maternidad». *Servicio Social*, 254-285.

GAJARDO, S. (diciembre de 1929). «Las deficiencias del hogar como factor de delincuencia de menores». *Servicio Social*(4), 199-205.

GARCÍA, R., & Moisés Díaz. (1933). «Algunas consideraciones sobre la maternidad prenatal. Maternidad madre e hijo». *Revista de Asistencia Social*, 272-287.

JELVEZ, L. (1928). «Algunos casos resueltos por las alumnas de primer año». *Servicio Social*, 223-228.

«Lo que significa el seguro social». (1930). *Acción Social*, 1-2.

MAC-AULIFFE, A. M. (1932). «La conformación del hogar del pueblo chileno». *Servicio Social*, 287-304.

MALDONADO, C. (1933). «Las habitaciones para Obreros». *Acción Social*, 39-41.

MULLE, M. M. (1930). «La educación moral y social del niño». *Servicio Social*, 25-33.

PORCHER, C. (1930). «Lo que debe saber la Visitadora Social sobre leche». *Servicio Social*, 7-14.

RECCHIONE, H. (1935). «Orientaciones sobre el problema médico legal del niño». *Revista de Asistencia Social*, 574-590.

RIOSECO, E. (1934). «Profilaxis de las enfermedades venéreas». *Revista de Asistencia Social*, 320-331.

SALAS, M. (1936). «Del individualismo al servicio social». *Servicio Social*, 3-18.

«Una palabra». (1932). *Revista de Asistencia Social*, 1-2.

VALDÉS, I. (Septiembre de 1928). El huérfano. *Servicio Social*(3), 190-199.



Viña del Mar, 2019

