

EUGENESIA, RAZA Y ENFERMEDADES VENÉREAS EN EL MÉXICO POSREVOLUCIONARIO

EDUARDO N. MIJANGOS DÍAZ
MARÍA DEL CARMEN ZAVALA RAMÍREZ



RESUMEN

La preocupación por la degeneración racial estuvo presente en México desde las últimas décadas del siglo XIX. Desde entonces, diversas teorías y corrientes de pensamiento fueron del conocimiento de médicos e intelectuales mexicanos. El darwinismo social y el degeneracionismo influyeron notablemente en las concepciones sobre el progreso social del país, sobre todo la idea de la “homogeneización racial” y el control de los mecanismos de herencia. El propósito de este texto es el de analizar cómo el Estado posrevolucionario mexicano implementó políticas públicas que intervinieron en aspectos tales como el desarrollo de la población e incluso la sexualidad, a fin de evitar la “degeneración de la raza”.

PALABRAS CLAVE: Eugenesia, enfermedades venéreas, posrevolución, raza.



Eduardo N. Mijangos Díaz • Instituto de Investigaciones Históricas
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Correo electrónico: eduardo.mijangos@umich.mx
María del Carmen Zavala Ramírez • Posdoctorante SECIHTI-IIH
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
Correo electrónico: carmen.zavala@umich.mx
Tzintzun. Revista de Estudios Históricos • 83 (enero-junio 2026)
ISSN-e: 2007-963X

**EUGENICS, RACE, AND VENEREAL DISEASES
IN POST-REVOLUTIONARY MEXICO**

ABSTRACT

Concern about racial degeneration was present in Mexico since the final decades of the 19th century. Since then, various theories and schools of thought have been embraced by Mexican physicians and intellectuals. Social Darwinism and degenerationism have significantly influenced conceptions of social progress in the country, especially the idea of “racial homogenization” and the control of inheritance mechanisms. The purpose of this text is to analyze how the post-revolutionary Mexican state implemented public policies that intervened in aspects such as population development and even sexuality, to prevent “racial degeneration”.

KEYWORDS: Eugenics, venereal diseases, post-revolution, race.

**EUGÉNIE, RACE ET MALADIES VÉNÉRIENNES DANS LE
MEXIQUE POST-RÉVOLUTIONNAIRE**

RÉSUMÉ

La préoccupation concernant la dégénérescence raciale était présente au Mexique depuis les dernières décennies du XIXe siècle. Depuis lors, diverses théories et écoles de pensée ont été adoptées par les médecins et intellectuels mexicains. Le darwinisme social et le dégénérisme ont considérablement influencé les conceptions du progrès social dans le pays, en particulier l'idée d'“homogénéisation raciale” et le contrôle des mécanismes de l'héritage. L'objectif de ce texte est d'analyser comment l'État mexicain post-révolutionnaire a mis en œuvre des politiques publiques intervenant sur des aspects tels que le développement démographique et même la sexualité, afin de prévenir la “dégénérescence raciale”.

MOTS-CLÉS: eugénisme, maladies vénériennes, Mexique post-révolutionnaire, race.

INTRODUCCIÓN



La preocupación por la degeneración racial y la salud pública en México a partir de las últimas décadas del siglo XIX estuvo influida por corrientes de pensamiento como el darwinismo social y el degeneracionismo. En el contexto posrevolucionario, estas concepciones adquirieron un nuevo matiz, alineándose con los proyectos de reconstrucción nacional y la consolidación del Estado mexicano.

El Estado posrevolucionario implementó políticas públicas encaminadas a la lucha contra las enfermedades venéreas, como un eje fundamental para evitar la “degeneración de la raza”. La reorganización de la administración sanitaria, plasmada en la Constitución de 1917 y materializada con la creación del Departamento de Salubridad Pública (DSP), permitió una intervención más directa en asuntos de salud. Bajo este marco, se promovieron medidas como el certificado médico prenupcial, el registro obligatorio de enfermos y campañas de propaganda antivenérea, justificadas por discursos eugenésicos que vinculaban la salud individual con el futuro de la nación.

A través de un análisis de fuentes primarias y secundarias, este estudio muestra que las enfermedades venéreas, particularmente la sífilis y la gonorrea, fueron consideradas un “peligro social” que amenazaba no solo a los individuos, sino a la colectividad, y al futuro de la nación misma. Así-

mismo, plantea que el concepto de “raza” fue polisémico y contradictorio. Varios grupos indígenas fueron estudiados, pero no se estableció correlación entre la (no) propensión a contraer enfermedades venéreas y “las razas”. De tal manera, en la lucha antivenérea, “la raza” fue entendida como la nación.

LA REORGANIZACIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y LA LUCHA ANTIVENÉREA

El Estado mexicano tuvo un mayor protagonismo en la lucha antivenérea después de la Revolución. La reestructuración de la administración pública favoreció su participación porque la nueva legislación dio a las autoridades sanitarias mayores atribuciones, gracias a la creación del DSP en 1917. Con anterioridad, la máxima autoridad era el Consejo Superior de Salubridad (css), creado en 1841, en tiempos de Santa Anna. El Consejo tenía jurisdicción sólo en el Distrito y los territorios Federales, en tanto que algunos estados formaron juntas sanitarias que llevaban a cabo sus labores con independencia de las demás. La Constitución de 1857 no otorgó facultades sanitarias a las autoridades federales, por tanto, las cuestiones de salud e higiene quedaron a cargo de las autoridades estatales.¹

Durante el porfiriato hubo intentos por centralizar la administración sanitaria. En 1891 fue aprobado el primer Código Sanitario, que después sería reformado en 1894 y en 1903. Las autoridades sanitarias habían planteado desde 1882 la posibilidad de crear un organismo con facultades ejecutivas a cargo de la salubridad a nivel nacional. El css participó activamente en varios lugares de la República dirigiendo campañas de salud contra enfermedades como la viruela, la peste, la fiebre amarilla, el paludismo, la tuberculosis y el cólera.² Sin embargo, las atribuciones del css eran aún limitadas y no tenían el alcance nacional que sus miembros hubiesen querido. En ese entonces, las enfermedades venéreas no fueron prioridad para el css. Es factible que la morbilidad y la mortalidad provocada por otras patologías se percibieran con mayor apremio.

¹ CARRILLO, “Economía, política y salud pública en el México porfiriano”, p. 68.

² CARRILLO, “¿Estado de peste o estado de sitio?”, pp. 1049-1103; CARRILLO, “Economía, política y salud pública en el México porfiriano”, p. 69.

Aun cuando la sífilis y la gonorrea no eran su mayor preocupación, el CSS no se desentendió de su prevención. De acuerdo con el *Boletín del Consejo* de 1896, el control sanitario de las meretrices era la forma más efectiva de enfrentar las enfermedades venéreas, pues la prostitución “es su foco principal, y ahí es donde debe combatírse con la energía que se necesita para libertar a la sociedad de ese enemigo poderoso que tanto la aniquila, la envilece y la degrada”.³ Por medio de la Inspección de Sanidad, el CSS intervino en la regulación y el control de la prostitución en la capital. En el resto del país la reglamentación del “comercio carnal” quedó a cargo de los gobiernos locales.

Las autoridades sanitarias en la posrevolución tuvieron otra interpretación del problema y lo asumieron de forma distinta, por medio de leyes que iban más allá de la regulación de la prostitución. La Constitución de 1917 fue el nuevo marco legal. Su artículo 73, fracción XVI establecía la facultad del Congreso de la Unión para dictar leyes sobre salubridad general de la República, la autoridad sanitaria ejecutiva, y la obligatoriedad de sus disposiciones en todo el país. Estas disposiciones legales permitirían la posterior regulación sanitaria federal que daría lugar a la llamada “dictadura sanitaria”.⁴ Ya desde el Congreso Constituyente de 1916 el tema de la salubridad fue el que “a menos discusiones se prestó, quizá porque su modestia desaparecía bajo la importancia de otras cuestiones que desde el principio apasionaron al público”, como fueron los artículos 3, 123 y 27 sobre la educación, el trabajo y la tierra, respectivamente.⁵ En los debates del Congreso, la voz más importante en cuanto a temas de salubridad fue la del diputado José María Rodríguez, otrora jefe del CSS.⁶ El Dr. Rodríguez destacó “la necesidad de unificación de la higiene en toda la República”, para la “regeneración de nuestra raza enferma”. Consideraba “una necesidad nacional que el gobierno de hoy en adelante intervenga, aun despóticamente, sobre la higiene del individuo, particular y colectivamente”.⁷ Proponía una

³ RAMÍREZ DE ARELLANO, “La prostitución en México”, p. 89.

⁴ ARÉCHIGA, “Educación, propaganda o ‘dictadura sanitaria’”, pp. 57-88.

⁵ *El Universal* de junio 26 de 1926, citado en el *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n. 3, 1926, p. 122.

⁶ José María Rodríguez apoyó a Madero y participó en el ejército constitucionalista. Fue presidente municipal de Torreón (1913), diputado por Coahuila en el Congreso Constituyente de 1916 y gobernador interino de Nuevo León en 1920. GUDIÑO, “Biografía de José María Rodríguez”, pp. 559-563.

⁷ CONGRESO CONSTITUYENTE, 1916-1917. *Diario de Debates*, v. II, p. 616.

autoridad sanitaria ejecutiva sin oposición de las administrativas, la libertad de los estados en sus “regímenes interiores” y la facultad única del Congreso de la Unión para derogar las medidas del DSP en la campaña contra el alcoholismo.⁸

Las facultades ejecutivas y jurisdiccionales otorgadas a las autoridades sanitarias federales por la Carta Magna no sólo eran necesarias, sino deseables para la salud pública. No obstante, en el caso de las enfermedades venéreas —como en otras—, la coerción no siempre fue vista con buenos ojos, y esto se hizo evidente cuando se trataron de impulsar medidas sanitarias concretas. En este sentido, el mismo Dr. José María Rodríguez matizó sus opiniones al respecto cuando el Consejo de Salubridad discutió la pertinencia del certificado médico prenupcial.

La intervención federal no se limitaría a la salud de la población. La Constitución daba un papel rector al Estado en asuntos sociales y económicos diversos, que se expresaban en artículos tales como el 27 y el 123, entre otros. Después de años de guerra civil y luchas facciones revolucionarias, la Constitución debía ser el punto de partida para reorganizar el país y darle la estabilidad política que permitiera su desarrollo económico y social. El Estado debía tomar el control del territorio, los recursos naturales y la población. La Constitución daba las bases legales, pero su puesta en práctica no estuvo exenta de conflictos, resistencias y contradicciones. El fortalecimiento del Estado apenas comenzaba.

El Código Sanitario de 1926 fue la disposición que asumió la organización sanitaria del país. De acuerdo con el Código, el servicio sanitario mexicano debía “velar por la salubridad general e higiene pública del país” (art. 1). Las autoridades sanitarias federales serían: el DSP, el Consejo de Salubridad General,⁹ los delegados del DSP en los puertos, las fronteras y en los estados, así como los jefes de brigadas o de servicios especiales (art. 7). El DSP tendría “la más amplia facultad de ejecutar todos los actos que, conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones relativas, competan al ejercicio de sus funciones y para organizar técnica y administrativamente

⁸ *Diario de Debates*, v. II, p. 619.

⁹ El Consejo de Salubridad General estaría conformado por un presidente, un secretario y vocales, que serían el jefe del DSP, el secretario y los jefes de los servicios sanitarios del mismo Departamento. Código Sanitario, artículos 12, 13 y 14.

sus servicios” (art. 9). La administración sanitaria comenzó a estructurarse bajo esta lógica, y con base en ella y como parte de sus atribuciones, el DSP buscó coordinar la lucha antivenérea a nivel nacional.

El Código Sanitario de 1926 incluyó la declaración obligatoria de la sífilis y la blenorragia (art. 103), el registro privado de los enfermos de sífilis (art. 128) y la exigencia del examen médico prenupcial (art. 131). Posteriormente, el Código Sanitario de 1934 estableció el registro y tratamiento forzoso para todos los enfermos venéreos (art. 160 y 166).¹⁰ Con estas regulaciones se pretendía identificar principalmente a quienes padecían sífilis o gonorrea, independientemente de su ocupación, para evitar que contagiaran a más personas, ya fuese por contacto sexual o por medio de un embarazo. De acuerdo con las autoridades sanitarias, el bienestar público debía estar por encima de los intereses particulares, y el Estado podía actuar legítimamente en defensa de la sociedad, aún en detrimento de algunos individuos.

Las actividades del DSP y de sus delegados en todo el país, así como su coordinación con las autoridades sanitarias estatales, representaban retos que requerían trabajo más allá de la redacción de normas. Por ello, el DSP organizó la Primera Reunión de Autoridades Sanitarias de la República, que fue celebrada en la ciudad de México del 17 al 23 de septiembre de 1927. En ella, los delegados de diversos estados firmaron acuerdos tendientes a favorecer el trabajo conjunto de las autoridades sanitarias locales con las federales, incluso a un nivel de “comedimiento, atención y medida”. Las resoluciones de la Reunión se estructuraron en seis capítulos, entre los cuales destaca uno dedicado a la prevención de las enfermedades venéreas porque refleja la relevancia otorgada a este tema. Los ejes abordados fueron: i) la colaboración entre las autoridades locales y federales; ii) los conflictos entre éstas; iii) la creación de unidades sanitarias en los municipios; iv) el establecimiento de una sección de higiene infantil en el DSP; v) la lucha antivenérea, y; vi) resoluciones diversas.¹¹ Conforme a esto, cada estado debía nombrar una misión de propaganda antivenérea con recursos

¹⁰ Incluía sífilis, blenorragia, chancreo blando, granuloma venéreo, papilomas de la vulva, enfermedad de Nicolás I Favre (linfogranuloma venéreo) y tuberculosis vulvar.

¹¹ ARCHIVO HISTÓRICO DE LA SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA (en adelante AHSSA), fondo Salubridad Pública, Servicio Jurídico, c. 8, exp. 18.

del erario estatal y la “cooperación social”, especialmente de empresas. La dirección técnica y la publicidad quedarían a cargo del DSP. La misión debía recorrer “constantemente todos los sitios poblados del estado de su jurisdicción dando conferencias, exhibiendo películas, vistas fijas, repartiendo impresos, fijando carteles morales o recurriendo a cualquier otro medio de publicidad eficaz y que se refiere a la gravedad y previsión de las enfermedades venéreas”.¹² Cuando las autoridades sanitarias suscribieron estos acuerdos en septiembre de 1927, una misión antivenérea del DSP ya realizaba labores de propaganda en distintas partes del país. Con esto, el Departamento buscaba tener un mayor apoyo en los estados para continuar con sus actividades y hacerlas más constantes.

Conforme a las resoluciones de la Reunión, las autoridades sanitarias locales también debían vigilar que las personas enfermas recibieran una atención médica adecuada en dispensarios y que los pacientes no tuvieran relaciones sexuales, sino hasta que se hubieran curado. Además, los funcionarios sanitarios en los estados también debían lograr que los gobiernos locales implementaran “cursos especiales de educación sexual en las escuelas superiores universitarias de ambos sexos”.¹³ Estos objetivos eran ambiciosos y no hubo mayores instrucciones sobre la manera de concretarlos.

En principio, las autoridades enfrentaron diversos obstáculos para coordinar y hacer eficiente la administración sanitaria. Los recursos económicos destinados para ello no eran suficientes y tampoco había el personal capacitado necesario, aunque se daban pasos en esa dirección con la creación de la Escuela de Salubridad, en 1922.¹⁴ Además, focos de violencia en distintas partes del país, producto de la rebelión delahuertista (1923-1924) y del conflicto religioso (1926-1929) dificultaron las labores del DSP. A pesar de ello, las autoridades no desistieron y buscaron consolidar la administración sanitaria nacional. A fin de lograr una mayor organización en los estados y una coordinación federal eficiente, la Reunión de Autoridades Sanitarias también promovió la creación de unidades sanitarias, las cuales tendrían como base los municipios y contarían con la participación

¹² AHSSA, fondo Salubridad Pública, Servicio Jurídico, c. 8, exp. 18.

¹³ AHSSA, fondo Salubridad Pública, Servicio Jurídico, c. 8, exp. 18.

¹⁴ GUDIÑO, *et. al.*, “La Escuela de Salud Pública en México”, pp. 81-91.

de los gobiernos estatales, de la federación, y si era el caso, de la iniciativa privada.¹⁵ Las unidades sanitarias no debían ser focos aislados, sino puntos interconectados capaces de trabajar constantemente para mejorar la salud en sus respectivas jurisdicciones y actuar eficientemente en caso de presentarse epidemias.¹⁶

A pesar del optimismo de las autoridades sanitarias, el establecimiento de las unidades sanitarias no estuvo exento de ambigüedades. Se pretendía que autoridades federales y locales trabajaran al unísono: las federales como “el cerebro” y las locales como “la médula”.¹⁷ A pesar de ello y de la insistencia en que los estados administraran “todos los asuntos que le pertenezcan exclusivamente”,¹⁸ persistieron los problemas en la ejecución de programas sanitarios, en parte debido a que las responsabilidades no resultaban del todo claras.

EUGENESIA, POSREVOLUCIÓN Y “PELIGRO VENÉREO”

La lucha antivenérea fue asumida y promovida por el Estado posrevolucionario porque las enfermedades venéreas fueron consideradas un problema social que ponía en riesgo el futuro de la nación y de *la raza*. Su importancia radicaba más que en sus causas, en sus efectos y sus consecuencias: la degeneración de *la raza*. Las teorías de la degeneración social y su influencia en el devenir de las sociedades modernas comenzaron a mediados del siglo XIX en Francia. En México, estos planteamientos se expresaron inicialmente durante el porfiriato, y tuvieron una continuidad con los gobiernos emanados de la Revolución. Sin embargo, según afirma Beatriz Urías, “la Revolución hizo que las ideas de la regeneración social y racial fueran objeto de un reajuste teórico y de un replanteamiento político”. Si durante el porfiriato se había buscado excluir y controlar a las “clases

¹⁵ La primera unidad sanitaria fue instalada en Minatitlán-Puerto México, en 1928. Posteriormente se creó la del puerto de Veracruz, a instancias del gobierno del estado, de la federación y de la Fundación Rockefeller. También se crearon en 1929 unidades sanitarias en Tierra Blanca y Tuxtepec. AHSSA, fondo Salubridad Pública, Servicio Jurídico, c. 13, exp. 1.

¹⁶ “Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República entre el Departamento de Salubridad y los gobiernos de los Estados”, en *Diario Oficial de la Federación*, 22 de agosto de 1934.

¹⁷ AHSSA, fondo Salubridad Pública, Servicio Jurídico, c. 13, exp. 1, Acta de sesión del DSP, 22 de enero de 1931.

¹⁸ AHSSA, fondo Salubridad Pública, Servicio Jurídico, c. 13, exp. 1, Acta de sesión del DSP, 22 de enero de 1931.

peligrosas”, los gobiernos posrevolucionarios procuraron la “inclusión de las masas en la vida social, en el marco del modelo corporativista y antiliberal”.¹⁹

La inclusión de grandes sectores de la población era fundamental, tanto por su importancia política como económica. Las “masas”, reunidas en sindicatos y agrupaciones de obreros y campesinos cobraron gran importancia en el México posrevolucionario. Esto fue evidente, por ejemplo, en la nueva retórica política, pero también en las negociaciones de los líderes gremiales con las diferentes organizaciones de trabajadores para constituir un valioso capital político que favoreció la creación del Partido Nacional Revolucionario en 1929.²⁰

La fuerza de trabajo de campesinos y obreros era fundamental para el desarrollo económico del país. Este proceso requería que las “masas” fueran aptas física y mentalmente para el trabajo, por lo que la educación, la salud y la “desfanatización” fueron prioridades de los gobiernos posrevolucionarios. Algunos de ellos con énfasis radicales, tal como ocurrió en las reformas políticas emprendidas por Plutarco Elías Calles. Además, se planteó la necesidad de que la población fuera cultural y racialmente homogénea, con base en el mestizaje. En su momento, intelectuales como Manuel Gamio y José Vasconcelos defendieron los argumentos del mestizaje en México.²¹

La idea del “hombre nuevo” fue un elemento importante en la retórica de los gobiernos mexicanos después del movimiento armado de 1910. El “hombre nuevo”, trabajador, mestizo, educado y laico, debía estar sano. Para lograr su status saludable, además de la higiene y la vacunación, se pensó que era pertinente que el Estado interviniere en los “mecanismos de la herencia”. Aunque estas ideas no eran novedosas, ya que las había planteado el degeneracionismo desde mediados del siglo XIX, fueron desarrolladas y profundizadas en el marco de la eugenesia y la higiene mental.²²

¹⁹ URÍAS HORCASITAS, “Degeneracionismo e higiene mental”, pp. 41-55.

²⁰ En torno al nuevo corporativismo posrevolucionario existe una amplia bibliografía. Véase, HERNÁNDEZ, *La mecánica cardenista*; MEDINA PEÑA, *Hacia el nuevo Estado*; CÓRDOVA, *La política de masas*.

²¹ GAMIO, *Forjando Patria*; VASCONCELOS, *La Raza Cósmica*. Algunos investigadores que han estudiado acerca de las ideas de mestizaje de Gamio y Vasconcelos: URÍAS HORCASITAS, “Las ciencias sociales en la encrucijada del poder: Manuel Gamio”, pp. 93-121; STERN, “Mestizofilia, biotipología y eugenesia”, pp. 57-92.

²² La idea del “hombre nuevo” se planteó desde siglos atrás y en la primera mitad del siglo XX la retomó también el fascismo italiano, el nacionalsocialismo alemán, el franquismo, la dictadura de Salazar en Portugal, entre otros. URÍAS HORCASITAS, *Historias secretas del racismo*, pp. 20-37.

El término “eugenesia” fue utilizado por Francis Galton desde 1883. Con base en el evolucionismo y la selección natural planteó un concepto de herencia “determinista”, es decir, que consideraba que las características de una raza estaban dadas por la herencia y poco o nada tenían que ver los factores ambientales. Por ello, consideraba que era necesario establecer “normas sociales” que promovieran una “orientación genética” que mejorara el “contenido hereditario”.²³

En países como Alemania o Estados Unidos predominó la interpretación determinista, basada en los estudios de Galton, Mendel y Weismann.²⁴ En México, como en otros países de América Latina en los que hubo un proceso de mestizaje importante, durante la década de 1920 prevaleció el neolamarckismo. Este planteaba la posibilidad de “la herencia de características adquiridas”, lo que hacía no sólo viable, sino deseable la “intervención ambiental” para generar oportunidades de una población saludable. Este concepto sería fundamental en el impulso del nacionalismo revolucionario y en el proceso de construcción del nuevo Estado mexicano. Aunque durante la década de 1930 el neolamarckismo fue cuestionado, se trató de evitar el determinismo y en el caso de las campañas antivenéreas, se siguió apostando por la “intervención”.²⁵

La eugenesia podía considerarse “positiva” o “negativa”. La primera connotación se refería a los esfuerzos por procurar una descendencia sana, en tanto que la eugenesia “negativa” buscaba “evitar los nacimientos de los indeseables”, por medio de un control de la natalidad que vigilara la calidad de la descendencia y no tanto su cantidad.²⁶ Eventualmente, aunque hubo una ley de esterilización aprobada en el estado de Veracruz en 1932, la eugenesia “positiva” fue la que logró mayor aceptación en México.²⁷

²³ STEPAN, *The Hour of Eugenics*; SUÁREZ y LÓPEZ GUAZO, *Eugenésia y racismo*.

²⁴ STEPAN, *The Hour of Eugenics*; SUÁREZ y LÓPEZ GUAZO, *Eugenésia y racismo*; URÍAS HORCASITAS, *Historias secretas del racismo en México*.

²⁵ En 1809, el naturalista francés Jean-Baptiste Lamarck (1744-1829), publicó su filosofía zoológica, en la que planteó sus teorías de la evolución biológica. Entre sus planteamientos principales está la influencia del medio en el organismo, la adaptación de los organismos al medio y la “herencia de los caracteres adquiridos”. STEPAN, *The Hour of Eugenics*; STERN, “From Mestizophilia to Biotypology”, p. 190.

²⁶ STEPAN, *The Hour of Eugenics*, p. 118; STERN, “From Mestizophilia to Biotypology”, p. 190; SUÁREZ y LÓPEZ GUAZO, *Eugenésia y racismo en México*, p. 114.

²⁷ CORREA, “Importancia de la Eugenesia ante el criterio del Estado”, pp. 151-155; SUÁREZ y LÓPEZ GUAZO, *Eugenésia y racismo en México*, p. 114.

En este contexto surgió la Sociedad Mexicana de Eugenesia (SME), fundada el 21 de septiembre de 1931 por médicos y científicos interesados en la salud pública en México. Alfredo Saavedra, promotor y socio fundador de la SME, definía a la eugenesia como

... el conjunto de estudios que se hacen en todas las condiciones, tanto biológicas como sociales, y que influyen, mejorando o degenerando la especie humana; es también la aplicación de las técnicas derivadas de este estudio para lograr sobre el conglomerado social un mejoramiento racial objetivo y obtener individuos que respondan a una especie mejor.²⁸

El objetivo de la eugenesia era imponer “una nueva orientación médico social para el máximo rendimiento de los esfuerzos de cada uno en provecho colectivo de la especie”. La aplicación de sus principios pretendía “regenerar a los individuos para mejorar la sociedad. Robustecer los sentimientos familiares y los lazos que unen a las generaciones, fortaleciendo así un elemento de moralidad y de confianza en el porvenir”²⁹.

La supuesta científicidad de la eugenesia radicaba en que sus conocimientos tenían fundamentos en la estadística, la anatomía, la fisiología, la histología, la embriología y la herencia. Ya desde el siglo XIX los estudios sobre la herencia y la degeneración argumentaron la “objetividad” de sus observaciones basados en la identificación, la medición y la clasificación de los caracteres físicos de las personas estudiadas. Desde entonces, los eugenistas no dudaron en llamar “ciencia” a sus investigaciones, no sólo por su pretendido sustento “racional” y “objetivo”, sino también porque ese carácter científico contribuía a justificar que la eugenesia marcará las pautas de esa “orientación médico social” con que se pretendía “regenerar” a los individuos y “mejorar” la sociedad. El lenguaje de la ciencia era poderoso porque enmascaraba los procesos políticos involucrados en la construcción de “las razas”, al naturalizarlas con su “objetividad”³⁰.

Diversas instituciones en México incorporaron planteamientos eugenésicos, como el DSP, con sus campañas sanitarias, y la Secretaría de

²⁸ SAAVEDRA, *Eugenésia y medicina social*, p. 22.

²⁹ CORREA, “Importancia de la Eugenesia ante el criterio del Estado”, p. 151.

³⁰ STEPAN, *The Hour of Eugenics*, p. 136.

Educación Pública (SEP) con sus proyectos de incorporación de los sectores indígenas.³¹ En la SEP también fueron creados un Servicio Higiénico y un Departamento de Psicopedagogía e Higiene (fundado en 1925), que buscaban fomentar la higiene física y mental de los niños. No es de extrañar que la SEP incorporara de alguna manera los postulados de la eugenesia, pues además de que la educación de la infancia era considerada fundamental para el mejoramiento de la raza, varios médicos estuvieron al frente de esta Secretaría, como los doctores Gastélum (1924) y Puig Cassauranc (1924-1928; 1930-1931), quien es considerado uno de los principales precursores y promotores de la eugenesia en México.³²

Las ideas acerca del “hombre nuevo”, la herencia y la eugenesia contribuyeron al proceso de construcción del Estado mexicano y favorecieron la promoción de acciones de los gobiernos, encaminadas al propósito de la salud social y el mejoramiento de la raza.³³ Así como la eugenesia tenía “un campo de acción bastante amplio” que abarcaba aspectos educativos, biológicos, jurídico-sociales y morales, así también los gobiernos mexicanos consideraron necesario abarcar ese espectro en sus políticas públicas a fin de mejorar la raza.³⁴ Lo anterior quedó de manifiesto en la lucha antivenérea, en la que se expresó la necesidad de proteger a la descendencia y evitar la degeneración de la raza, así como la importancia de la salud de las personas para el trabajo y el progreso del país.

Es así como el temor a la degeneración de la raza estuvo presente de manera constante, tanto en los argumentos que justificaban la necesidad de la lucha antivenérea como en aquellos que buscaban persuadir a la población de prevenir tales enfermedades. Pero, ¿por qué el énfasis en los padecimientos venéreos?

El mayor riesgo de las enfermedades venéreas era la posible transmisión de patologías a la descendencia. Aunque no había consenso acerca de cuáles eran los mecanismos por los que dichos males pasaban a los hijos, los médicos coincidían en que las personas infectadas por sus progenitores

³¹ URÍAS HORCASITAS, “Eugenésia e ideas sobre las razas”, p. 179. Uno de los proyectos más importantes de la SEP para la incorporación de los indígenas fue la creación de la Casa del Estudiante Indígena. LOYO, “La empresa redentora. La Casa del Estudiante Indígena”, pp. 99-131.

³² URÍAS HORCASITAS, *Historias secretas del racismo*, p. 108-109.

³³ STERN, “From Mestizophilia to Biotypeology”; URÍAS HORCASITAS, *Historias secretas del racismo*.

³⁴ SAAVEDRA, *Eugenésia y medicina social*, p. 22.

tarde o temprano afectarían también a las siguientes generaciones. Las consecuencias podían ser desastrosas. Cuando la madre tenía gonorrea, al dar a luz infectaba los ojos del recién nacido y si éste no recibía atención inmediata, desarrollaba una infección que le producía ceguera definitiva: la oftalmía purulenta. La sífilis provocaba otras patologías que podían dar como resultado abortos, deformidades y retraso mental. La “heredosífilis” era una de las mayores preocupaciones de médicos y eugenistas. No obstante, el papel de la herencia en el caso de la sífilis fue cuestionado durante la primera mitad del siglo XX. Los conocimientos acerca de los microorganismos como agentes causales de las enfermedades y las teorías sobre la herencia que desde el siglo XIX habían planteado múltiples científicos, llevaron a los estudiosos de la “avería” a tratar de entender sus mecanismos de transmisión a la descendencia.³⁵

Los cuestionamientos acerca de la herencia de la sífilis se dieron en México fundamentalmente a partir de 1930. El Dr. Anastasio Vergara, uno de los fundadores de la Sociedad Mexicana de Puericultura (hoy Sociedad Mexicana de Pediatría), publicó un artículo donde abordaba los debates acerca de los mecanismos de transmisión de la sífilis. Entonces se discutieron varios conceptos para explicar el paso de la enfermedad de los padres a sus hijos: heredosífilis, sífilis congénita, sífilis ingénita, heredodistrofias parasifilíticas, y heredodistrofias sifilíticas.³⁶ Los médicos debatieron cómo el agente causal de la sífilis, el treponema pálido, afectaba la concepción y el embarazo, en qué momento de la gestación podría darse el contagio y cuándo se presentaba la infección.³⁷ A pesar de las discrepancias sobre el uso de los conceptos, las referencias a la heredosífilis fueron las más comunes en las discusiones acerca de las políticas públicas de prevención.

Uno de los argumentos para cuestionar el uso del concepto “heredosífilis” era que, debido a la obsesión por encontrar casos, se había

³⁵ El estudio sobre las ideas acerca de la herencia es complejo y rebasa los fines del presente texto. Por ello, más que dar cuenta detallada de las investigaciones y los debates acerca de la herencia y la sífilis, deseamos mostrar que detrás de los argumentos expresados para justificar la lucha antivenérea y su propaganda había un intenso debate científico, en el que no siempre había consenso. Acerca de la herencia véase LÓPEZ, “De perfeccionar el cuerpo a limpiar la raza”, pp. 235-280; OROZCO ACUAVIVA, “Patología constitucional y heredopatología”, pp. 325-333.

³⁶ VERGARA, “Los conceptos de la herencia”, p. 621.

³⁷ SOTO, “Algunas consideraciones sobre sífilis ingénita”, p. 206.

aumentado el número de signos atribuidos a aquella, de forma tal que “según la sagacidad de la clínica, el 99% de la humanidad es heredosifilítica”.³⁸

El estudio de la transmisión de tal enfermedad a la descendencia también presentaba interrogantes respecto al número de generaciones y la manera en que podrían verse afectadas. Investigaciones médicas plantearon la posibilidad de que la sífilis pasara no sólo a la primera, sino a la segunda y quizás hasta la tercera generación después del contagio. Se llegó a sugerir que la enfermedad podía permanecer en estado latente en los hijos de los sifilíticos y que en sus nietos surgiera virulenta.³⁹

Las distintas formas en las que la sífilis podía expresarse en la descendencia presentaban además “fenómenos contradictorios”. Entre quienes adquirían la enfermedad por sus padres se encontraban casos tanto de esterilidad como de plurinatalidad, de “depresión mental extraordinaria que puede llegar hasta el idiotismo o la imbecilidad”, pero también de aptitud para el trabajo y perspicacia. Asimismo, se observaban mortalidad temprana y longevidad, “debilidad orgánica” y “gran resistencia para todas las agresiones morbosas”.⁴⁰

Aunque había múltiples interrogantes respecto a la sífilis y la herencia, así como discrepancias en cuanto a la forma de resolverlas, sí había consenso en que era necesario evitar la transmisión de esta enfermedad a la descendencia. La “legión” de “heredosifilíticos” era considerada una “carga o un estorbo social”,⁴¹ que encarnaba la degeneración de la raza. Según los eugenistas, la degeneración era la “desviación más o menos acentuada de las cualidades originarias del individuo, en virtud de la acción de los factores o circunstancias involuntarias principalmente de orden congénito y hereditario”. Entre las causas que la provocaban estaba “la sífilis, la tuberculosis, además de otras enfermedades cuya influencia está demostrada por la observación a través de las generaciones”.⁴²

La degeneración presentaba “signos demostrativos” como “las detenciones de desarrollo, las anomalías parciales o generales en la evolución de la economía, como las asimetrías o deformidades de la cabeza, de la cara,

³⁸ VERGARA, “Los conceptos de la herencia”, p. 623.

³⁹ OCARANZA, “La sífilis como causa de perturbaciones sociales y económicas”, pp. 69-70.

⁴⁰ OCARANZA, “La sífilis como causa de perturbaciones sociales y económicas”, p. 70.

⁴¹ OCARANZA, “La sífilis como causa de perturbaciones sociales y económicas”, p. 70.

⁴² CORREA, “Importancia de la Eugenesia ante el criterio del Estado”, p. 151.

de los miembros, vicios de conformación de las orejas, etc.” Además, podía reflejarse en aspectos de orden moral e intelectual, como el retraso mental, el cretinismo y la imbecilidad. Las autoridades sanitarias temían que esta “herencia morbosa” se difundiera entre la población, degenerando física y moralmente a la raza. La creciente presencia de enfermos venéreos necesariamente repercutiría en todos los ámbitos de la vida social y dificultaría el desarrollo de proyectos económicos, políticos o culturales. Había por tanto que evitar los contagios por todos los medios disponibles, por el bien de la raza y el futuro de la nación.

LA RAZA, LAS RAZAS Y LAS ENFERMEDADES VENÉREAS

La “raza” fue un concepto central en la discusión sobre la prevención de las enfermedades venéreas en México, al menos hasta 1940. De acuerdo con la antropóloga Audrey Smedley, la “raza” como un “mecanismo de estratificación social” y como “una forma de identidad” es un concepto reciente que no existió antes del siglo XVII. La raza “impuso significados sociales en las variaciones físicas entre los grupos humanos que sirvieron de base para estructurar la sociedad en su totalidad”.⁴³ Así, algunos asumieron que las diferencias entre los seres humanos derivadas de sus características físicas y supuestamente intelectuales hacían que algunas razas fueran superiores a otras. Lo anterior tuvo consecuencias importantes, pues durante siglos se justificó el maltrato, la discriminación y la marginación de grupos considerados “inferiores”.

Las diferencias entre las razas, sin embargo, no siempre fueron planteadas en términos de superioridad e inferioridad. Algunos intelectuales mexicanos en la posrevolución consideraron que uno de los problemas fundamentales en un país multiétnico como México era precisamente la diversidad y la falta de homogeneidad tanto racial como cultural, y no tanto la inferioridad de sus razas. En este sentido, el mestizaje se vio como una solución no sólo viable, sino deseable, y el mestizo como esa “esencia” de la nacionalidad mexicana.⁴⁴

⁴³ SMEDLEY, “Race’ and the Construction of Human Identity”, p. 693.

⁴⁴ GAMIO, *Forjando Patria*; VASCONCELOS, *La Raza Cómica*; URÍAS HORCASITAS, “Las ciencias sociales en la encrucijada del poder”; FELL, *José Vasconcelos*.

La degeneración de *la raza* —en singular— era la mayor preocupación de las autoridades sanitarias. La raza en este contexto era identificada con la nación, es decir, con una “comunidad imaginada” que no sólo compartía elementos que le daban cohesión (como un territorio y un pasado común), sino también un futuro, que la sífilis y la gonorrea amenazaban con destruir.

En los discursos sobre la prevención de enfermedades venéreas, la raza tenía como función homologar a los distintos grupos étnicos y sociales y entenderlos como integrantes de una nación que necesitaba la salud de sus miembros.⁴⁵ Cualquier persona, independientemente de su fenotipo y sus particularidades culturales, era susceptible de contraer y propagar la enfermedad, por tanto, debía ser objeto de atención médica. Esta homologación, sin embargo, no significó la desaparición de la desigualdad social, ni de la discriminación, y tampoco una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud. Incluso las medidas sanitarias plantearon distinciones, sólo que estas no tenían como fundamento la pertenencia de las personas a algún grupo étnico en particular, sino su influencia en el devenir de la raza, debido a su mayor propensión —supuesta o real— de propagar o ser víctimas de las enfermedades venéreas. Las prostitutas, por ejemplo, eran consideradas el principal grupo de riesgo y aunque cada vez hubo más voces que reconocieron la participación y la responsabilidad de los varones como clientes, la reglamentación se enfocó sólo en el control de las meretrices. Las recomendaciones para los hombres y las mujeres en general fueron distintas pues, de acuerdo con las autoridades sanitarias, la maternidad confería a las mujeres responsabilidades especiales para el cuidado de la descendencia.

La importancia de *la raza* en los discursos médicos y eugénicos sobre las enfermedades venéreas contrasta con la poca relevancia que tuvieron “las razas” en las políticas sanitarias antivenéreas. La distinción de la sociedad mexicana en “razas” no tenía mayor utilidad en tales discursos porque ningún grupo étnico fue identificado directamente con tales padecimientos.⁴⁶

⁴⁵ La raza ha sido definida de distintas formas a través del tiempo. Ha sido una forma de estratificación y clasificación, pero también de identidad. Las definiciones han apelado a elementos biológicos, culturales, o ambos. STEPAN, *The Hour of Eugenics*; SMEDLEY, “Race’ and the Construction of Human Identity”, pp. 690-702.

⁴⁶ La sífilis estaba presente en la sociedad mexicana desde siglos atrás y afectó a personas de todos los grupos étnicos, clases sociales y edades. MÁRQUEZ MORFÍN, “La sífilis y su carácter endémico”, pp. 1099-1161.

En otras campañas de salud fue más clara la asociación de patologías con alguna “raza”, como en el caso de la lucha contra el alcoholismo. En ella, predominó la creencia de que “el abuso de alcohol era un problema concentrado principalmente entre los hombres, la clase trabajadora y los indígenas”.⁴⁷ Pero no podía decirse lo mismo de la sífilis ni de la gonorrea.

Los estudiosos identificaron tres “razas” principales en México —indios, mestizos, y blancos—,⁴⁸ y hubo investigaciones que plantearon la posibilidad de que “las razas” constituyeran variables en el desarrollo de las enfermedades venéreas. Esta hipótesis llevó a

diversos especialistas a analizar la incidencia, principalmente de la sífilis, en las distintas “razas” en varias partes del mundo.⁴⁹ Este interés llevó a México a varios médicos para indagar acerca de la presencia o ausencia de sífilis en varios grupos étnicos. Fue el caso del italiano Luis Mazotti y de los americanos Kenneth Goodner y Geo C. Shattuck, quienes estudiaron a los chamulas en Chiapas y a los mayas en Yucatán, respectivamente. El *Boletín de Salubridad e Higiene* reportó que Luis Mazotti examinó y realizó reacciones de Kahn a 78 personas chamulas de “raza pura”, y no encontró un solo caso de sífilis. Todas las reacciones fueron negativas.⁵⁰

Kenneth Goodner, por su parte, llevó a cabo su investigación entre los mayas y los mestizos de Chichén Itzá durante 1929. Realizó reacciones de Kahn a 150 mayas y a 121 mestizos. Entre estos últimos, diez arrojaron resultados positivos y cuatro fueron dudosos, en tanto que entre los mayas hubo tres reacciones con resultados dudosos y uno positivo que, según parecía, correspondía a un mestizo y no a un maya “puro”, y que finalmente

⁴⁷ PIERCE, “Sobering the Revolution”, p. 133.

⁴⁸ GAMIO, *Forjando Patria*; VASCONCELOS, *La Raza Cómica*; MOLINA ENRÍQUEZ, *Los grandes problemas nacionales*.

⁴⁹ En países como Estados Unidos, Colombia o Brasil, médicos y eugenistas atribuyeron una mayor propagación de estos males entre ciertas “razas”, sobre todo la negra, debido a su supuesta promiscuidad y sexualidad “descontrolada”. La asociación entre clase trabajadora, piel oscura, sexualidad no regulada y enfermedades venéreas tuvo bastante difusión en América Latina. PARRAN y USILTON, “The Extent of the Problem of Gonorrhea and Syphilis”; STEPAN, *The Hour of Eugenics*; WADE, *Race and Sex*, p. 128.

⁵⁰ El test o reacción de Kahn fue desarrollado por el inmunólogo ruso-americano Reuben Leon Kahn (1887-1979) en 1923 para detectar anticuerpos de la sífilis en la sangre. El test mostraba más sensibilidad que la reacción de Wassermann y podía realizarse sólo en minutos, a diferencia de la Wassermann que requería dos días de incubación. El test de Kahn no era específico de la sífilis, sino que podía detectar anticuerpos de la tuberculosis, la malaria y la lepra, según los cambios en la temperatura, las sales y el suero. Por ello podían llegar a presentarse casos de “falsos positivos”. Véase VILLELA, “Algunas ideas sobre Campaña Rural Antivenérea”.

resultó ser lepra. También hubo una revisión de los pacientes, pero se encontraron pocos datos clínicos de la presencia de sífilis. Por lo anterior, Goodner concluyó que había “poca evidencia de sífilis entre los mayas”.⁵¹

Un año más tarde, otro grupo de estudiosos norteamericanos bajo la dirección del profesor Geo Shattuck emprendió sus trabajos de investigación, también entre mayas y mestizos de Yucatán, pero esta vez en Valladolid y poblaciones aledañas. La elección de Valladolid correspondió a que Shattuck fue informado de que en esta ciudad la sífilis estaba “muy extendida”, por lo que era de suponerse que los mayas “puros” que habitaban en sus inmediaciones estaban más expuestos al contagio que aquellos que vivían relativamente aislados en Chichén Itzá. El grupo analizado estaba integrado por personas con nombres mayas y “sin rastros de sangre extranjera” que vivían en su mayoría en poblados cercanos a Valladolid. Los “mestizos” eran personas que tenían nombres españoles o características físicas “no mayas”, o ambas. La mayor parte de los “mestizos” vivía en Valladolid.⁵² De esta manera, el estudio fue realizado entre 413 pacientes, de los cuales 297 eran mayas y 116 mestizos. Se realizaron los test de Kahn en 192 mayas y en 73 mestizos, y se enviaron muestras a Boston para realizarles la reacción de Wassermann. Los resultados fueron los siguientes: la reacción Wassermann fue positiva en 3 mayas y un mestizo. Para confirmar el diagnóstico también se realizó el test de Kahn a estos cuatro casos, resultando positivo sólo en dos mayas, y negativo en las otras dos personas. El test de Kahn fue positivo en otras 18 personas, pero no se encontraron signos que pudieran llevar a un diagnóstico de sífilis.⁵³ Considerando las investigaciones de 1929 y 1930 realizadas por Goodner y Shattuck, respectivamente, se realizaron en total 576 test de Kahn, de los cuales 370 correspondieron a mayas y 206 a mestizos. En total, fueron positivos el 4.57% en los mayas, y el 7.76% en los mestizos.⁵⁴

⁵¹ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 254.

⁵² SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 250.

⁵³ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 251. Las evidencias clínicas en los casos de serología positiva fueron muy exigidas. Entre éstos, sólo encontraron una persona con una lesión activa de naturaleza presumiblemente sifilítica y dos casos con anemia severa que, atendiendo al resultado serológico, afirmaban que podía considerarse de origen sifilítico. También hubo una persona con una lesión en el tobillo que por su aspecto, los médicos norteamericanos sospechaban que era sifilítica, pero que el paciente atribuía a una mordida de serpiente.

⁵⁴ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 255.

El estudio de Shattuck también consideró a niños, pero en ellos no se llevaron a cabo exámenes serológicos y tampoco se pudieron obtener las historias clínicas familiares. Sus observaciones concluyeron que había un grupo de ocho niños que probablemente tenían sífilis “congénita”.⁵⁵ A fin de completar y contrastar la información obtenida por Shattuck y sus colaboradores, éste solicitó la ayuda del Dr. Alberto Berrón, presidente de la Sociedad Médica Yucateca. El doctor Berrón envió cuestionarios acerca de la gravedad y la frecuencia de la sífilis a sus colegas que atendían a mayas y mestizos en la península. Obtuvo respuestas de trece médicos, nueve en Mérida, dos en Campeche, uno en Valladolid y uno en Izamal. Los resultados fueron clasificados según el “grupo” al que pertenecía el paciente: yucatecos blancos, mestizos-mayas y mayas. A los encuestados no se les informó sobre resultados del estudio de Shattuck, sin embargo, sus respuestas fueron consistentes con aquellos, pues expresaban que la frecuencia de lesiones activas en blancos era alta, baja en mestizos-mayas y muy baja en mayas. Además, manifestaban que no llegaban a ver casos de sífilis terciaria entre los mayas.⁵⁶

La investigación de Shattuck y sus colaboradores mostraba que los mayas no eran inmunes a la sífilis. No obstante, llamaba la atención que eran pocos los casos de sífilis y que la enfermedad se presentaba de forma más bien benigna, a pesar de que no contaban con tratamientos reconocidos como efectivos por la medicina científica. Este estudio, lejos de ser concluyente, dejó ciertas interrogantes. ¿A qué se debía la baja incidencia y la benignidad de la sífilis entre los mayas? Para responder podían plantearse hipótesis que se apoyaban en observaciones realizadas en otras “razas” y en otras partes del mundo, como Brasil, Islandia, Groenlandia o países de África, a fin de comparar las situaciones geográficas y las características de los distintos grupos humanos. Se llegó a plantear que la poca o nula presencia de sífilis en algunas regiones se debía a “causas externas” como el aislamiento o la religión. También se expresó la factibilidad de que hubiera variaciones en la virulencia del treponema pálido, causante de la sífilis, pero esto no había sido demostrado.⁵⁷

⁵⁵ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 255.

⁵⁶ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, pp. 285-287.

⁵⁷ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 283.

Otras posibles explicaciones eran la influencia del clima y los tratamientos naturales de los indígenas. Había opiniones encontradas al respecto. Mientras algunos consideraban que la sífilis era más benigna en climas cálidos y secos, otros pensaban que esto no afectaba su desarrollo. Por otra parte, había médicos que reconocían la efectividad terapéutica de la zarzaparrilla y el guayaco, utilizado en la región, mientras que otros afirmaban que había estudios farmacológicos que sugerían que la zarzaparrilla servía de poco y más aún si no se usaba con mercurio.⁵⁸

Según el médico alemán Rothschild, la raza sí influía en el desarrollo de la sífilis: “The more indian blood, the milder the syphilis” (“entre más sangre india, más benigna la sífilis”). Esto se debía a la “inmunidad parcial” después de una “prolongada saturación de la enfermedad”, supuesto el origen americano de la sífilis.⁵⁹ Se consideró la posibilidad de que hubiera una inmunidad adquirida, es decir, por la exposición a la enfermedad, y no por una “inmunidad racial natural”. Aunque no había datos concluyentes, Shattuck afirmaba que “la información de Yucatán puede ser satisfactoriamente interpretada ya sea sobre la base de una adquisición incompleta y resistencia heredable o inmunidad a la sífilis, o por el supuesto de un grado considerable de resistencia racial inherente o inmunidad”⁶⁰.

Más allá de los argumentos esgrimidos para explicar la menor incidencia de sífilis en poblaciones como la maya, la dificultad para entender las relaciones entre “raza” y sífilis empezaba desde la definición misma de “raza”. Así, el criterio para distinguir a un “maya puro” de un “mestizo” distaba de ser inequívoco y se prestaba a confusión. A pesar de los esfuerzos por validar “científicamente” su estudio, la aparente “obviedad” en la distinción que hizo Shattuck entre mayas “puros” y mestizos resulta problemática. ¿Quién era un maya “puro”? ¿Cómo identificaban los “rastros de sangre extranjera” en una persona? ¿Cuáles eran las “características físicas no mayas”? Shattuck se limitó a mencionar esta forma de clasificar “las

⁵⁸ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 278.

⁵⁹ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 262. Las discusiones acerca del origen de la sífilis han dado lugar a controversias que no han sido resueltas. ROTHSCHILD, “History of Syphilis”; GUERRA, “La disputa sobre la sífilis. Europa versus América”; ROSE, “Origins of Syphilis”.

⁶⁰ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, pp. 277 y 279.

razas” en Yucatán y no profundizó más en ella, aunque tomó como referencia las investigaciones que hizo Goodner sobre la “raza maya” en 1929.⁶¹

La baja incidencia de sífilis y la benignidad con la que se presentaba se vio tanto entre los mayas como entre los chamulas, que estudió Mazotti. No obstante, ¿Qué sucedía con otros grupos indígenas del país? No se llevaron a cabo investigaciones que abarcaran a otros varios grupos indígenas ni que pretendieran dar una visión general de la presencia de la sífilis entre grupos indígenas en México. Hubo, sin embargo, un gran interés por la “raza indígena” y su estudio, pues tal como insistían autoridades educativas y antropólogos como Manuel Gamio, sólo su conocimiento permitiría su gradual integración.

En efecto, la SEP promovió la investigación antropológica y la publicación de estudios monográficos que dieran cuenta de diversos grupos indígenas. El antropólogo Carlos Basauri fue comisionado por la SEP para llevar a cabo estas labores desde 1929. El objetivo era el conocimiento general de los grupos indígenas, desde su ubicación, sus características físicas, hasta sus costumbres y creencias. Además, se incluyó información relativa a las enfermedades más comunes. En las publicaciones consultadas,⁶² Basauri comentó acerca de los siguientes grupos indígenas: coras, huicholes, tepecanos, nahuas, tlahuicas, chontales, otomíes, mazahuas, pames, zoques, mixes, tlapanecas, chochos, pococolas, huaves, tarascos, totonacos, tepehuas, kikapoos, el “grupo negroide de la Costa Chica”, tojolabales, tzeltales y tarahumaras.

De acuerdo con Basauri, aunque en cada región se presentaban algunos padecimientos más que otros, podría decirse que entre las enfermedades más comunes estaban las respiratorias, las gastrointestinales y las dermatológicas. También destacaban otros problemas como el alcoholismo, la falta

⁶¹ Goodner planteó que era importante distinguir bien a los “mayas puros”, pues los indios contemporáneos supuestamente carecían del “grado de poder artístico e intelectual” de los antiguos. Según Goodner, los “mayas puros” tenían 3 características: 1) apellidos monosílabos; 2) vivían en regiones orientales y del interior; 3) si eran entrevistados adecuadamente, brindaban información confiable sobre la historia familiar. Adicionalmente, hizo exámenes de sangre y encontró que el 97.7% de los “mayas puros” tenía un tipo sanguíneo O, que era el más antiguo. Resaltaba la ausencia de los tipos A y B, que habrían sido mutaciones posteriores. Esto, en teoría daba cuenta de la antigüedad y pureza de la “raza maya”. GOODNER, “Incidence of Blood Groups among the Maya Indians of Yucatan”, pp. 433-435.

⁶² BASAURI, *La población indígena de México*; BASAURI, *Tojolabales, tzeltales y mayas*; BASAURI, *Monografía de los Tarahumaras*.

de higiene y la mortalidad infantil. Las enfermedades venéreas son poco mencionadas, y sólo para indicar que “son muy raras” (huicholes y tlahuicas), “casi nunca se presentan” (tojolabales) y “casi nunca dan lugar a complicaciones nerviosas” (tarahumaras). Sólo entre los mazahuas se señala la presencia de la sífilis y la gonorrea entre las enfermedades venéreas más comunes.⁶³

La información acerca de diversos grupos indígenas no especificaba la incidencia de enfermedades venéreas, y desde luego tampoco era su objetivo, pero pareciera coincidir con los resultados de las investigaciones que sí indagaban acerca de la presencia de la sífilis en la “raza indígena”. Las venéreas no figuraban como las más comunes entre los indígenas, y cuando se presentaban, no se observaba la virulencia y las complicaciones características en otros lugares. Se podrían plantear similares interrogantes en cuanto a la baja incidencia y la benignidad de la sífilis entre los grupos indígenas que observó Basauri y las respuestas serían igualmente parciales e inciertas. No obstante, algunas de las observaciones etnográficas de Basauri podrían dar algunos elementos que sugieren posibles explicaciones, sobre todo en lo referente a tradiciones y costumbres maritales.

Los matrimonios, entre los grupos indígenas estudiados por Basauri, se celebraban “al inicio de la pubertad”, es decir, entre los trece y catorce años en las mujeres y entre los catorce y los quince años entre los varones. La monogamia y la endogamia eran características de prácticamente todos los grupos observados. El adulterio era poco frecuente y en ocasiones duramente castigado (huaves y totonacos). Sólo en algunos casos los hombres casados recurían a prostitutas, quienes no eran mal vistas en los pueblos (tlahuicas, otomíes). Sólo entre los tarahumaras había promiscuidad, pero sólo durante las “tesgüinadas”, en las que se emborrachaban con tesgüino (tejuino) y ocurrían “violaciones e incesto”. Aunque las tesgüinadas podían durar varios días, estas situaciones eran excepcionales, pues generalmente eran “morales en su vida conyugal”.⁶⁴ Por su parte, la endogamia, la monogamia y la fidelidad —al parecer comunes entre los indígenas— pudieron limitar la incidencia de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, quedan abiertas las interrogantes que estudiosos como Shattuck

⁶³ BASAURI, *La población indígena de México*, p. 356.

⁶⁴ BASAURI, *Monografía de los Tarahumaras*, p. 40.

plantearon en cuanto a la interacción de estos grupos de población con el agente causal de la sífilis, la influencia del clima y las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Otra posible explicación era la “resistencia” física de los indígenas. Los antropólogos señalaban la pobreza en la que vivía la mayoría de ellos, su escasa alimentación y su deficiente higiene. Esto provocaba una alta mortalidad infantil, que según Carlos Basauri podía incluso alcanzar a la mitad de los niños nacidos vivos.⁶⁵ Pero lejos de ser enfermizos, los indios que sobrevivían sus primeros años de vida en estas condiciones se volvían “resistentes” y eran longevos debido a “la estricta selección biológica a que [eran] sujetos”.⁶⁶ Manuel Gamio afirmaba refiriéndose a los indios, que “asombra su vitalidad tanto como su naturaleza antimorbosa. Es intrigante asimismo el problema de su economía animal, pues no encontraremos sino en muy pocos países, unidades humanas cuyo rendimiento sea tan elevado con relación a la exigüidad del alimento”.⁶⁷

De acuerdo con el doctor Maximiliano Ruiz Castañeda, miembro del DSP, aunque había poca evidencia clínica de sífilis en comunidades indígenas aisladas, la incidencia de esta enfermedad no era una cuestión de “razas”. Lo que a su parecer sí podía influir era el clima, ya que la sífilis se desarrollaba de forma más bien benigna en los trópicos, pero en climas templados un indio o cualquier otra “raza” padecía igualmente esta enfermedad. Por otra parte, cuestionaba la supuesta “inmunidad racial” o “natural” de los indios, pues

comúnmente se cree en la ciudad de México que la sífilis prevalece particularmente entre los indios. Esta creencia puede deberse al hecho de que la mayoría de los indios son pobres, que la clientela de los dispensarios en la ciudad de México, por lo tanto, consiste sobre todo en indios, y que consecuentemente, la mayoría de los sifiliticos vistos en estos dispensarios son indios.⁶⁸

⁶⁵ BASAURI, *La población indígena de México*, pp. 291-292.

⁶⁶ BASAURI, *La población indígena de México*, p. 292. Esta cita hace referencia en particular a los otomíes, sin embargo, sus observaciones acerca de la mortalidad infantil, la resistencia y la longevidad se aplicaban prácticamente a todos los grupos observados.

⁶⁷ GAMIO, *Forjando Patria*, p. 32.

⁶⁸ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 263.

El comentario del doctor Ruiz Castañeda no sólo muestra las opiniones divergentes en cuanto a la sífilis y “las razas”, sino que, al igual que en las investigaciones de Goodner o Shattuck, evidencia las dificultades que se presentaban al tratar de clasificar a las personas en razas. ¿Cómo saber que los “indios” que asistían a los dispensarios de la ciudad de México no eran “mestizos”? En este caso, ¿era viable aplicar el mismo criterio de “pureza” en los indios utilizado por Shattuck? ¿Qué tanto podían influir otros elementos como la pobreza, además del fenotipo, para considerar que una persona era de cierta “raza”? ¿Qué tan común y generalizada era la creencia de que la prevalencia de la sífilis en la ciudad de México era mayor entre los indios, y cómo se entendía el ser “indio” entre la gente? Si bien estas interrogantes son difíciles de responder y rebasan los objetivos de este texto, es importante plantearlas pues ayudan a matizar los conceptos de raza en términos médicos y la forma en que éstos se entendieron fuera del ámbito “científico” e institucional.

Las investigaciones acerca de la relación entre las enfermedades venéreas y “las razas” realizadas en México no indagaron con el mismo detalle a la población “blanca” que a la indígena. Se llegó a plantear una posible “inmunidad racial” de estos últimos, pero al parecer no hubo intentos por saber cómo interactuaba el agente causal de la sífilis con la “raza blanca”, y si había algún tipo de “predisposición racial” que explicara la mayor presencia y virulencia de la enfermedad entre los “blancos”. En este desinterés pudieron influir ideas racistas acerca de la salud y la enfermedad que asociaban a la “raza blanca” con la limpieza y la higiene.⁶⁹

LA LUCHA ANTIVENÉREA DURANTE EL CARDENISMO

La incidencia de las enfermedades venéreas entre los indios y en el medio rural fue un asunto de interés para el DSP durante la presidencia del general Lázaro Cárdenas. El “Bloque de Médicos Revolucionarios” se reunió en Morelia en el Primer Congreso Nacional de Higiene Rural llevado a cabo en noviembre de 1935 con el objetivo de contribuir al “mejoramiento higiénico de las masas obreras y campesinas”. Se presentaron ponencias

⁶⁹ La asociación de la salud y la “raza blanca” quedó plasmada de manera explícita en el periódico de propaganda y educación higiénica *Mensajero de salud*, que el DSP difundió entre 1922 y 1925.

relativas a la oftalmía purulenta en los recién nacidos (causada por la gonorrea), la heredosífilis en la población rural y la educación sexual. En las conclusiones de dicho Congreso se pidió a la SEP que estudiara la “conveniencia de la educación sexual en las escuelas rurales” y al DSP que hiciera una campaña Nacional contra la Sífilis Ingénita”.⁷⁰

Los discursos acerca de la importancia social de las enfermedades venéreas y los peligros que representaban para la raza justificaban las medidas sanitarias para la prevención. Pero la lucha no quedó sólo en ideas o palabras, sino que se llevó a cabo por medio de la legislación y la propaganda. Esto fue posible gracias a la reorganización sanitaria en el nuevo marco legal e institucional que planteó la Constitución de 1917, así como la legislación en materia de salud pública desarrollada en las siguientes décadas.

El gobierno de Lázaro Cárdenas buscó consolidar la administración sanitaria en todo el país, de acuerdo con el Plan Sexenal y una visión política y de salud que tenía entre sus prioridades a obreros y campesinos.⁷¹ El Plan Sexenal fue redactado antes de las elecciones presidenciales de 1934 y buscaba ser una “plataforma política para el candidato” del Partido Nacional Revolucionario (PNR), Lázaro Cárdenas, a fin de dar continuidad a las políticas y a las relaciones de poder establecidas en gobiernos anteriores. Aunque se ha considerado que el Plan tenía “una función política más que económica o técnica”,⁷² los integrantes del DSP apelaron a lo escrito en él para impulsar la campaña antivenérea. Así pues, el Plan Sexenal planteaba que para favorecer la salud de la población era necesario mejorar las condiciones de vida, aumentar el presupuesto destinado a salud pública, impulsar iniciativas parlamentarias y coordinar las acciones de las autoridades sanitarias federales, estatales y municipales.⁷³ Además, establecía que “se combatirán de preferencia por todos los medios de que dispone la ciencia médica las siguientes enfermedades peligrosas para la colectividad y de fatales consecuencias para las generaciones futuras: lepra, onchocercosis, tuberculosis y venéreas”⁷⁴

⁷⁰ OIKIÓN, “Presentación. Primer Congreso Nacional de Higiene Rural”, pp. 273-303.

⁷¹ CARRILLO, “Salud pública y poder durante el Cardenismo”, pp. 145-178; BIRN, “A Revolution in Rural Health”, pp. 43-76.

⁷² LUNA, “La administración estatal y el régimen político”, p. 254.

⁷³ Plan Sexenal, 1934, p. 77. El presupuesto del DSP fue de 1.93% en 1926 al 3.03% en 1933 del presupuesto de egresos de la federación. Con el Plan Sexenal se hizo el compromiso de un aumento paulatino hasta llegar al 5.50% en 1939. CARRILLO, “Salud pública y poder durante el Cardenismo”, pp. 148-149.

⁷⁴ Plan Sexenal, 1934, p. 81.

De acuerdo con esto, en la década de 1930 el DSP procuró que la lucha antivenérea fuera constante y sistemática, con base en la legislación vigente y la creciente administración sanitaria. Conforme al Plan Sexenal, el DSP elaboró un “Proyecto de reglamento federal de la campaña contra las enfermedades venéreas”, en 1935.⁷⁵ Éste incluía diez capítulos referentes a: la curación obligatoria, las obligaciones de quienes ejercían la medicina, los dispensarios y hospitales, el contagio nutricio, el certificado prenupcial, la cooperación en la campaña, la profilaxis, las estadísticas y los estudios sociales, los anuncios y las sanciones.

El proyecto fue ampliamente discutido por los miembros del DSP, quienes argumentaron también la necesidad de abolir los reglamentos de prostitución y de modificar el Código Penal para sancionar el contagio a sabiendas.⁷⁶ El proyecto fue enviado a la Cámara de Diputados para su aprobación en 1935, en donde fue sujeto de discusiones y debates. A pesar de la insistencia del DSP, el Reglamento de la Campaña Antivenérea fue avalado y publicado hasta enero de 1940.⁷⁷ Esto se debió a que la regulación que el DSP proponía para la lucha contra la sífilis y la gonorrea resultaba polémica. El proyecto retomaba algunas acciones que años atrás se habían emprendido, como la exigencia del certificado médico prenupcial y la instalación de dispensarios, pero además incluía la curación forzosa de los enfermos y la abolición de la prostitución reglamentada. Este último tema fue quizás el que presentó más controversias.

La demora en la aprobación del proyecto de Reglamento no detuvo las investigaciones ni las actividades para la prevención de la sífilis y la gonorrea. De acuerdo con el Plan Sexenal y su énfasis en la salud de obreros y campesinos, el DSP por medio de su Oficina General de la Campaña Antivenérea analizó en 1938 la presencia de la sífilis en el “medio rural”. Esta investigación consideró que el medio rural lo constituyan las comunidades indígenas aisladas, los campesinos, las colectividades industriales, los pequeños poblados fijos, y ciertos individuos o grupos ambulatorios.⁷⁸

Para conocer la presencia de la sífilis entre los indios, el DSP retomó las investigaciones de Shattuck y Mazotti, sin descartar la posible inmunidad

⁷⁵ AHSSA, fondo Salubridad Pública, Servicio Jurídico, c. 43, exp. 1.

⁷⁶ AHSSA, fondo Salubridad Pública, Servicio Jurídico, c. 48, exp. 5, 1939.

⁷⁷ Boletín de Salubridad e Higiene, n. 2, 1940, pp. 225-230.

⁷⁸ VILLELA, “Algunas ideas sobre Campaña Antivenérea Rural”, p. 338.

de ciertas “razas”. Los campesinos, según el esquema del estudio, podrían considerarse según varios subtipos: el peón acasillado, el ejidatario y el ranchero. El peón vivía en condiciones de relativo aislamiento que hacían que la incidencia de la sífilis fuera baja. El ejidatario, con una “vida colectiva más intensa” tenía más posibilidades de contagio, en tanto que el ranchero, visitante frecuente de las ciudades, era víctima frecuente de las “dolencias venéreas”. Este último acudía a las urbes no sólo con fines laborales, sino también “en busca de placer o de alguna aventurilla fácil, y ya en este plano suele caer en los prostíbulos, en donde es víctima codiciada por sus recursos monetarios de mayor o menor holgura y de los que invariablemente hace gala y derroche”⁷⁹.

En las colectividades industriales permanentes (fábricas, minas, talleres, etc.), o temporales (en tiempos de cosecha o zafra) podría haber presencia de prostitutas “de la peor ralea, ciento por ciento enfermas”, a las que se atribuía la causa del contagio entre los trabajadores. Esta situación se repetía en poblados fijos, que según crecían en importancia, aumentaba la prostitución regulada y clandestina. Finalmente, entre individuos y grupos ambulatorios se encontraban el peón eventual, el soldado y el arriero. En ellos se observó que “los peligros de contaminación son tanto más ominosos cuanto más se acerquen a las condiciones propicias señaladas”⁸⁰.

Aunque no se descartó cierta “inmunidad racial”, el estudio del DSP concluyó que el “problema venéreo” era más importante en aquellos lugares donde las carreteras y las vías férreas comunicaban con centros urbanos, “de donde irradian los males venéreos”. De tal manera, “podría decirse que éstos se propagan de la ciudad al campo”⁸¹. Otras variables como el clima, la ignorancia o la deficiencia de los tratamientos y la charlatanería contribuyeron a explicar la mayor incidencia de la sífilis en algunas poblaciones. Estas condiciones no eran exclusivas de ninguna “raza”, como tampoco lo fueron las enfermedades venéreas. La prevención de las enfermedades venéreas concernía a toda la nación. Para el DSP quedaba claro que la lucha contra estos males no era un asunto sólo de algunas “razas” o poblaciones. Se trataba de un asunto de “todos”: del campo y la ciudad, de indios, mestizos y blancos.

⁷⁹ VILLELA, “Algunas ideas sobre Campaña Antivenérea Rural”, pp. 340-341.

⁸⁰ VILLELA, “Algunas ideas sobre Campaña Antivenérea Rural”, pp. 341-345.

⁸¹ VILLELA, “Algunas ideas sobre Campaña Antivenérea Rural”, pp. 345-346.

La difusión de propaganda continuó en distintas partes del país con el apoyo de los delegados federales del DSP, de la SEP y de los gobiernos estatales. Los esfuerzos por sistematizar la lucha antivenérea persistieron. A inicios de 1939 el DSP fundó la Liga Nacional contra el Peligro Venéreo, a iniciativa del II Congreso de Higiene Rural, celebrado en San Luis Potosí en noviembre de 1938. La Liga tenía como objetivos la investigación, la profilaxis, la propaganda, y la asistencia médica y social de las enfermedades venéreas. En la capital de la República habría una Junta Central y se procuraría que en todos los estados hubiera Juntas Locales.⁸² Finalmente, el 29 de agosto de 1940 el *Diario Oficial de la Federación* publicó el Reglamento para la Campaña contra las Enfermedades Venéreas.

CONCLUSIONES

Los conocimientos sobre la eugenesia contribuyeron a justificar la reorganización de la administración sanitaria después de la Revolución mexicana y permitieron a las autoridades plantear una lucha antivenérea de carácter nacional, que se llevaría a cabo principalmente por medio de nuevas normativas y propaganda en medios de difusión. Así, se trató de enfrentar un problema social, concerniente a “todos” por su influencia en el futuro de la población. Todo esto fue también parte de un proceso de construcción del Estado, que después de años de violencia buscaba poner orden en la administración pública e imponer nuevas pautas de control en la población civil. Pero estos intentos no estuvieron exentos de contradicciones y ambigüedades y enfrentaron dificultades, resistencias y críticas, tanto en el ámbito normativo-institucional, como en los sectores tradicionales de la sociedad civil.

La propagación de las enfermedades venéreas fue percibida como una amenaza que no sólo atentaba contra los cuerpos de los individuos, sino contra *la raza* misma. El treponema y el gonococo acechaban, muchas veces sin provocar síntomas, y se transmitían silenciosamente entre la población dejando muertes, incapacidades y taras. Los eugenistas entendieron que se trataba de enfermedades sociales que ponían en riesgo el

⁸² VILLELA, “La Liga Nacional contra el Peligro Venéreo”, pp. 519-526.

futuro de la nación y que, por tanto, era prioritaria la prevención de la sífilis y la gonorrea para evitar la degeneración y promover el “mejoramiento racial”.

Las autoridades sanitarias buscaban dar legitimidad a sus discursos aludiendo a su enfoque médico, eugenésico y científico, pretendidamente racional y libre de prejuicios. Médicos, higienistas y eugenistas estaban de acuerdo en que estos conocimientos fueran la base de las políticas públicas y ponían fuera de duda que “la ciencia” fuera su único referente, aunque no siempre coincidían en cuáles eran las medidas sanitarias más adecuadas.

A pesar de sus pretensiones científicas, la lucha antivenérea no estuvo exenta de consideraciones ideológicas e incluso morales. Así, la degeneración de la raza y sus implicaciones para el futuro de la nación fueron preocupaciones no sólo científicas o sanitarias, sino también políticas. El mismo concepto de “raza” era tan polisémico que servía para la clasificación y distinción según el fenotipo de las personas, y al mismo tiempo, podía borrar las diferencias para homologar a grupos humanos muy distintos en una *raza* que se identificaba con la nación. En la lucha antivenérea prevaleció esta última perspectiva y se procuró evitar la degeneración de “la raza” mexicana, en singular. Este concepto de “*la raza*” justificaba la implementación y el control de numerosas actividades por parte de las autoridades estatales. El porvenir de *la raza* y por tanto el de la nación dependía de la salud de su población, y la salud de la población de la intervención del Estado, incluso en asuntos tan íntimos como el de las relaciones sexuales.

REFERENCIAS

ARCHIVOS

Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, México (AHSSA)

BIBLIOGRAFÍA

ARÉCHIGA, Ernesto, “Educación, propaganda o ‘dictadura sanitaria’. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945”, en *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, 33: 3, 2007, pp. 57-88.

- BASAURI, Carlos, *La población indígena de México*, vol. III, México, Secretaría de Educación Pública, 1940.
- BASAURI, Carlos, *Monografía de los Tarahumaras*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1929.
- BASAURI, Carlos, *Tojolabales, tzeltales y mayas. Breves apuntes sobre antropología, etnografía y lingüística*, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1931.
- BIRN, Anne-Emanuelle, “A Revolution in Rural Health?: The Struggle over Local Health Units in Mexico, 1928-1940”, en *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 5: 1 1998, pp. 43-76.
- CARRILLO, Ana María, “Control sexual para el control social: la primera campaña contra la sífilis en México”, en *Espaço Plural*, xi: 22, 2010, pp. 65-77.
- CARRILLO, Ana María, “¿Estado de peste o estado de sitio?: Sinaloa y Baja California, 1902-1903”, en *Historia Mexicana*, LIV: 4, 2005, pp. 1049-1103.
- CARRILLO, Ana María, “Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910)”, en *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online], 9, 2002, pp. 67-87.
- CARRILLO, Ana María, “Salud pública y poder durante el Cardenismo: México, 1934-1940”, en *Dynamis*, 25, 2005, pp. 145-178.
- “Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos”, en el *Diario Oficial* el martes 8 de junio y miércoles 9 de junio de 1926.
- CÓRDOVA, Arnaldo, *La política de masas del cardenismo*, México, ERA, 1974.
- CORREA, Adrián, “Importancia de la Eugenesia ante el criterio del Estado”, en *Pasteur*, vol. II, núm. 6, 1933, p. 151.
- Diario de Debates*, vol. II, Gobierno del Estado de Querétaro, INEHRM, México, 1987.
- FELL, Claude, José Vasconcelos. *Los años del águila, 1920-1925*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1989.
- GAMIO, Manuel, *Forjando Patria*, México, Porrúa, 1916.
- GOODNER, Kenneth, “Incidence of Blood Groups among the Maya Indians of Yucatan”, en *The Journal of Immunology*, vol. 18, 1930, pp. 433-435.
- GUDIÑO, María Rosa, “Biografía de José María Rodríguez”, en Leonor LUDLOW (Coordinadora), *200 emprendedores mexicanos. La Construcción de una Nación*, México, Editorial Lid, 2010, I, pp. 559-563.
- GUDIÑO, María Rosa, MAGAÑA-VALLADARES, Laura y HERNÁNDEZ, Mauricio, “La Escuela de Salud Pública en México: su fundación y primera época, 1922-1945”, en *Salud Pública de México*, 55: 1, 2013, pp. 81-91.
- GUERRA, Francisco, “La disputa sobre la sífilis. Europa versus América”, en *Medicina e Historia. Revista de estudios histórico-informativos de la Medicina*, 2a época, 59, 1976.
- HERNÁNDEZ, Alicia, *La mecánica cardenista*, México, El Colegio de México, 1979.
- LÓPEZ, Carlos, “De perfeccionar el cuerpo a limpiar la raza: sobre la sangre y la herencia (c. 1750- c. 1870)”, en *Relaciones*, 23: 91, 2002, pp. 235-280.
- LOYO, Engracia, “La empresa redentora. La Casa del Estudiante Indígena”, en *Historia Mexicana*, XLVI: 1, 1996, pp. 99-131.

- LUNA, Matilde, “La administración estatal y el régimen político”, en *Revista Mexicana de Sociología*, 50: 3, 1988, pp. 247-268.
- MÁRQUEZ MORFÍN, Lourdes, “La sífilis y su carácter endémico en la ciudad de México”, en *Historia Mexicana*, LXIV: 3, 2015, pp. 1099-1161.
- MEDINA PEÑA, Luis, *Hacia el nuevo Estado, 1920-1994*, México, Fondo de Cultura Económica, 1995.
- MOLINA ENRÍQUEZ, Andrés, *Los grandes problemas nacionales*, México, Impr. de A. Carranza e hijos, 1909.
- OCARANZA, Fernando, “La sífilis como causa de perturbaciones sociales y económicas”, en *Revista Mexicana de Venereodermosifilografía*, I: 4-5, 1936, pp. 69-70.
- OIKIÓN SOLANO, Verónica, “Presentación. Primer Congreso Nacional de Higiene Rural celebrado en Morelia, del 3 al 12 de noviembre de 1935”, en *Relaciones*, 1993, 14: 53, pp. 273-303.
- OROZCO ACUAVIVA, Antonio, “Patología constitucional y heredopatología”, en Joaquín ALBARRACÍN (Coordinador), *Historia de la Enfermedad*, Madrid, Saned, 1987, pp. 325-333.
- PARRAN, Thomas y Linda USILTON, “The Extent of the Problem of Gonorrhea and Syphilis in the United States”, en *Journal of Social Hygiene*, XVI: 1, 1930, pp. 31-42.
- PIERCE, Gretchen Kristine, “Sobering the Revolution: Mexico’s Anti-Alcohol Campaigns and the Process of State Building, 1910-1940”, Tesis doctoral, Departamento de Historia, Universidad de Arizona, 2008.
- Plan Sexenal del Partido Nacional Revolucionario*, México, 1934.
- RAMÍREZ DE ARELLANO, Juan José, “La prostitución en México. Leyes y reglamentos a que deben sujetarse en beneficio de la salubridad pública”, *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, 3^a época, III: 4, 1896, p. 89.
- ROSE, Mark, “Origins of Syphilis”, en *Archaeology*, 50: 1, 1997.
- ROTHSCHILD, Bruce M, “History of Syphilis”, en *Clinical Infectious Diseases*, 40, 2005.
- SAAVEDRA, Alfredo, *Eugenios y medicina social*, México, 1934.
- SHATTUCK, George C. and Collaborators, *The Peninsula of Yucatán. Medical, Biological, Meteorological and Sociological Studies*, Washington, Carnegie Institution of Washington, 1933.
- SMEDLEY, Audrey, “Race’ and the Construction of Human Identity”, en *American Anthropologist*, New Series, 100: 3, 1998, pp. 690-702.
- SOTO, Rafael, “Algunas consideraciones sobre sífilis ingénita”, en *Revista Mexicana de Puericultura*, IV: 65, 1936.
- STEPAN, Nancy, “*The Hour of Eugenics*”. Race, Gender, and Nation in Latin America, Ithaca y Londres, Cornell University Press, 1991.
- STERN, Alexandra, “Mestizofilia, biotipología y eugenesia en el México posrevolucionario: hacia una historia de la ciencia y el Estado, 1920-1960”, en *Relaciones*, 21: 81, 2000, pp. 57-92.

- STERN, Alexandra, "From Mestizophilia to Biotypology. Racialization and Science in Mexico, 1920-1960", en Nacy P. APPELBAUM, Anne MACPHERSON y Karin A. ROSEMBLATT (Editores), *Race and Nation in Modern Latin America*, Chapel Hill, University of North Carolina Press 2003, pp.187-210.
- SUÁREZ y LÓPEZ GUAZO, Laura, *Eugeniosia y racismo en México*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.
- URÍAS HORCASITAS, Beatriz, "Degeneracionismo e higiene mental en el México posrevolucionario (1920-1940)", en *Fenia*, IV: 2, 2004, pp. 34-67.
- URÍAS HORCASITAS, Beatriz, "Eugeniosia e ideas sobre las razas en México, 1930-1950", en *Historia y grafía*, 17, 2001, pp. 171-205.
- URÍAS HORCASITAS, Beatriz, "Las ciencias sociales en la encrucijada del poder: Manuel Gamio (1920-1940)", en *Revista Mexicana de Sociología*, 64: 3, 2002, pp. 93-121.
- URÍAS HORCASITAS, Beatriz, *Historias secretas del racismo en México (1920-1950)*, México, Tusquets editores, 2007.
- VASCONCELOS, José, *La Raza Cómica*, Buenos Aires, 2^a. Edición, Espasa-Calpe, 1948.
- VERGARA, Anastasio, "Los conceptos de la herencia en la tuberculosis y en la sífilis", en *Revista Mexicana de Puericultura*, IV: 41, 1934, p. 621.
- VILLELA, Enrique y REYES, Francisco, "Algunas ideas sobre Campaña Antivenérea Rural", en *Boletín de Salubridad e Higiene*, II: 5, 1939, p. 337.
- VILLELA, Enrique, "La Liga Nacional contra el Peligro Venéreo", en *Boletín de Salubridad e Higiene*, II: 6, 1939, pp. 519-526.
- WADE, Peter, *Race and Sex in Latin America*, Pluto Press, 2009.

Fecha de recepción: 7 de enero de 2024

Fecha de aceptación: 24 de febrero de 2025

