



CENTRO DE ESTUDIOS HISTÓRICOS

LA LUCHA ANTIVENÉREA EN MÉXICO, 1926-1940

Tesis presentada por

MARÍA DEL CARMEN ZAVALA RAMÍREZ

**En conformidad con los requisitos establecidos
para optar por el grado de**

DOCTORA EN HISTORIA

Directora de Tesis: DRA. ENGRACIA LOYO BRAVO

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE DE 2015



CENTRO DE ESTUDIOS HISTÓRICOS

Aprobado por el Jurado Examinador

PRESIDENTA

Dra. Romana Falcón Vega

PRIMER VOCAL

Dra. Engracia Loyo Bravo

VOCAL SECRETARIO

Dra. Ana María Carrillo Farga

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	5
INTRODUCCIÓN	7
PRIMERA PARTE: LA NECESIDAD SOCIAL DE LA LUCHA ANTIVENÉREA	
Capítulo 1 ¿Por qué una lucha antivenérea?	29
- Importancia social de las enfermedades venéreas	29
- La eugenesia en México	46
- <i>La raza</i> y el “peligro venéreo”	53
- <i>La raza, las razas</i> y las enfermedades venéreas	57
- La reorganización de la administración sanitaria y la lucha antivenérea	68
SEGUNDA PARTE: LEGISLACIÓN “ANTIVENÉREA”. PREVENIR, CURAR Y NO CONTAGIAR	
Capítulo 2 Matrimonio eugénico y certificado prenupcial	80
- Matrimonio: un contrato regulado por el Estado	81
- El certificado médico prenupcial, una posibilidad	87
- Higiene del matrimonio y matrimonio eugenésico	91
- El certificado médico prenupcial, una obligación	97
- Objeciones y resistencias a la obligatoriedad del certificado médico	103
- La exigencia del certificado continúa	114
Capítulo 3 El contagio venéreo: prevenir y castigar	119
- La declaración obligatoria	120
- La declaración obligatoria para defender a la sociedad	126
- La declaración obligatoria y la epidemiología	129
- Declaración de enfermedades venéreas y tratamiento ¿obligatorios?	133
- Dispensarios antivenéreos: curación voluntaria	137
- La epidemiología en los dispensarios antivenéreos	140
- El enfermo venéreo ¿delincuente o víctima?	147
- El contagio venéreo, un delito	149
- Delito de contagio y delito de lesiones	155
- Denuncias por contagio venéreo: juicios de amparo directo	161
- La defensa de la causa	168

Capítulo 4 La reglamentación de la prostitución en la lucha antivenérea	175
- De la reglamentación decimonónica al reglamento de 1926	176
- El reglamento de 1926 en la práctica	184
- Prostitutas, agentes sanitarios y funcionarios públicos	187
- Las prostitutas y los reconocimientos médicos	195
- Las restricciones: alcohol, música y hoteles	199
- Las zonas de tolerancia	205
- El reglamento federal y la prostitución en los estados	212
- Algunos “ensayos” de prohibicionismo y abolicionismo en los estados	221
- El fracaso de la reglamentación prostibularia: los príncipes del vicio, la subclase antirrevolucionaria y el Estado proxeneta	226
- El fin de la reglamentación prostibularia	237

TERCERA PARTE: PROPAGANDA Y EDUCACIÓN

Capítulo 5 La Propaganda sanitaria y la Campaña Nacional Antivenérea de 1927	
- Los inicios de la propaganda antivenérea en México	243
- Novedades en la propaganda y la campaña antivenérea en el ejército de los Estados Unidos	251
- La Campaña Nacional Antivenérea, 1927	257
- Los impresos	265
- Las películas	274
- Conferencias y radio	290
Capítulo 6 Propaganda antivenérea y educación sexual	293
- La propaganda antivenérea después de la Campaña Nacional	293
- La SEP: educación higiénica y sexual	300
- La SEP y la difusión de la higiene	300
- La educación sexual antes de 1932	306
- La polémica educación sexual	310
- La ignorancia del reino de los cielos vs la sabiduría de los abismos del averno	320
- <i>El precio de un desliz</i>	333
- El DAPP y la propaganda antivenérea	342
CONSIDERACIONES FINALES:	
LA LUCHA ANTIVENÉREA, ¿UN TRIUNFO O UNA “CADENA DE ESTUPIDECES”?	351
FUENTES CONSULTADAS	365

AGRADECIMIENTOS

Para esta tesis conté con la generosidad de personas e instituciones que me apoyaron durante todo el proceso de investigación. El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) y El Colegio de México me otorgaron las becas que me permitieron realizar mis estudios de posgrado, concluir la tesis y consultar distintos acervos en México y Estados Unidos.

Mi asesora de tesis, la Dra. Engracia Loyo siempre estuvo muy atenta a mi trabajo, leyendo con detenimiento y aportando constantemente ideas y sugerencias. Agradezco mucho sus observaciones, sus atenciones, su paciencia y su apoyo en cada etapa de la investigación. Mucho debo también a mis lectoras y su mirada crítica acerca de mi trabajo. Su juiciosa lectura y sus comentarios sin duda enriquecieron esta tesis, cuyos resultados son responsabilidad mía. Toda mi gratitud a la Dra. Ana María Carrillo por sus señalamientos siempre pertinentes y sus oportunas precisiones históricas y médicas. Gracias además por su generosidad y confianza al permitirme consultar textos inéditos de su autoría. Agradezco a la Dra. María Rosa Gudiño, quien me ayudó no sólo con sus útiles observaciones, sino también al facilitarme generosamente parte de la bibliografía que ella consultó en acervos de los Estados Unidos. Mi gratitud a las Doctoras Romana Falcón y Gabriela Cano por sus agudos cuestionamientos, que siempre fueron para mí motivo de reflexión, y en más de alguna ocasión, de replantear ideas y argumentos.

Esta investigación también se enriqueció con la juiciosa lectura y los oportunos comentarios de la Dra. Verena Stolcke. Le agradezco mucho su amabilidad, sus observaciones y que me haya permitido asistir a algunas de las sesiones de su curso sobre raza y género en la Universidad de Chicago, durante su estancia como profesora visitante y mi breve estancia para consulta de acervos. Fue una experiencia gratificante y enriquecedora.

Mi gratitud para Paulo César León, mi compañero de vida y de profesión. Agradezco su agudeza y lucidez para ayudarme a aclarar mis ideas cuando fue necesario, así como su constante motivación. Su disciplina y su vocación por la investigación y la escritura han sido inspiradoras.

Agradezco a mis profesoras y profesores en El Colegio de México. Fue para mí un privilegio poder estudiar en esta institución. Gracias a la Dra. Graciela Márquez, el Dr. Bernd Hausberger, la Dra. Erika Pani y la Dra. Cecilia Zuleta, por sus atenciones como coordinadores del programa de Doctorado en Historia. También al personal de la biblioteca y administrativo, por su diligente colaboración, en especial a María del Pilar Morales y Karina Pérez.

El apoyo y el cariño de mi familia y la de mi esposo fueron muy importantes. Agradezco en especial a mis padres Ma. de la Salud Ramírez y José Luis Zavala por su amor y su fortaleza. Su apoyo material, pero sobre todo espiritual ha sido de gran valor. Mi gratitud para Gabriela del Pilar Palacios y Juan Sebastián León Palacios, su hospitalidad y generosidad han sido fundamentales, sobre todo en la última etapa de este trabajo. Gracias a Rosario Zavala y Miguel Ramírez, sin su ayuda, la visita a varios acervos en la Ciudad de México y Toluca habría sido mucho más difícil y mucho menos divertida. A Lupita Zavala por su apoyo logístico, a Rubén Darío Fuentes Zavala por

su colaboración en la consulta de referencias. Mi gratitud a Agustín Zavala y Karinna Maciel por su ayuda en la preparación de los ejemplares de la tesis. También gracias a mis familiares médicos, quienes en no pocas ocasiones me sacaron de dudas: Salud Zavala, Eloísa Ramírez, y desde luego, mi padre, siempre interesado por la medicina y la historia.

Gracias a Lucía Silva Solorio, Ana Isabel Buitraigo y su familia y a Berenice Guevara, por su valiosa amistad. Agradezco a Tito, por su fortaleza y su ejemplo de perseverancia. A Memo, Lu, Lupita, Conchita, Chay y Agus, su cariño y su motivación me acompañaron en este proceso de investigación.

A todas y a todos gracias por colaborar y enriquecer mi trabajo.

INTRODUCCIÓN

En la década de 1920 diversas enfermedades endémicas y epidémicas afectaban a la población mexicana, principalmente las digestivas y respiratorias.¹ Los años de guerra de la Revolución mexicana trastocaron las condiciones de vida de miles de personas en el país. Además de las muertes provocadas por la violencia, la destrucción de vías de comunicación y de medios de producción, hubo epidemias de influenza, lepra, fiebre amarilla, viruela, peste y tifo en varias partes del país.² La situación era dramática, pues “la guerra vino con su acostumbrado cortejo; conocimos la miseria, el hambre y la peste”.³ Los gobiernos emanados de la Revolución tuvieron que enfrentar estas dificultades y asumieron que sólo un pueblo saludable era capaz de prosperar. La salud fue entendida como “el granito que sirve de pedestal a la grandeza de una nación.”⁴ Por ello hubo campañas sanitarias que buscaron evitar, o al menos reducir la propagación de enfermedades, la mortalidad infantil y la “degeneración de *la raza*”.

Aunque no fueron las de mayor mortalidad o morbilidad, las enfermedades venéreas fueron motivo de gran preocupación de médicos, eugenistas y autoridades sanitarias durante la primera mitad del siglo XX. Con el nombre de “enfermedades venéreas” se hacía referencia a la sífilis, la gonorrea, el chancro blando, el granuloma venéreo y la enfermedad de Nicolás y Favre.⁵ Su denominación genérica hacía alusión a la diosa romana del amor y la fertilidad, Venus, pues el principal mecanismo de transmisión de estos males ha sido la vía sexual. Entre estas patologías, la sífilis y la gonorrea fueron las que mayor atención captaron, por ello, con “enfermedades venéreas” se hará referencia a esas dos.

La sífilis fue conocida además bajo el nombre de avería, mal de la sangre o peste roja. Para la década de 1920 se sabía que su agente causal era una bacteria llamada

¹ Entre las enfermedades de mayor mortalidad estaban las digestivas y las respiratorias. Tan sólo la neumonía, la diarrea y la enteritis ocasionaron más de 200,000 muertes entre 1921 y 1925. BUSTAMANTE, *La coordinación*, Cuadro núm. 6.

² CARRILLO, “El surgimiento”, pp. 25-33.

³ MIRANDA, “Evolución”, p. 235.

⁴ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 8.

⁵ “Reglamento para la Campaña contra las enfermedades venéreas”, 1940, p. 225. Chancro blando: infección bacteriana (por *Haemophilus ducreyi*) que se manifiesta en una úlcera genital blanda y dolorosa. Enfermedad de Nicolás y Favre o linfogranuloma venéreo: infección crónica del sistema linfático causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Se presenta inflamación de los ganglios inguinales que provocan supuración y pequeñas ulceraciones.

treponema pálido, y que la enfermedad era transmitida por el contacto directo de las lesiones o del pus que estas supuraban con la piel o las mucosas sanas. Los médicos hablaban de tres etapas que iban desde la entrada de la bacteria al cuerpo y el desarrollo de lesiones en el lugar de la infección, hasta los daños generalizados en la etapa terciaria que abarcaban distintos órganos y el sistema nervioso central, causando parálisis, locura o incluso la muerte, si la enfermedad no era tratada. En su desarrollo, la sífilis podía permanecer latente y asintomática, pero contagiosa. La avería también podía pasar de madres a hijos, provocando en éstos los mismos daños, además de deformaciones y problemas en el desarrollo físico y cognitivo de los infantes. En numerosos casos, las complicaciones de la sífilis no permitían siquiera que el embarazo llegara a término.

Para la década de 1920 también se tenía bien identificado al gonococo, agente causal de la gonorrea. Esta se conocía también como blenorragia o “purgación” y al igual que la sífilis, se transmitía por contacto directo de las secreciones con la piel o las mucosas sanas. Los principales síntomas eran comezón, ardor, inflamación y dolor en genitales y vías urinarias, así como el escurrimiento de un líquido de color amarillo verdoso. Entonces ya se conocía que estas secreciones eran muy infecciosas y que su contacto con los ojos podía causar ceguera, tanto en adultos enfermos que accidentalmente llevaban el gonococo a sus ojos al tocar su cara, como en los recién nacidos durante el parto. Sin tratamiento, la enfermedad podía provocar esterilidad, afectar otros órganos, dañar las articulaciones y finalmente, causar la muerte.

Los mecanismos de transmisión, la sintomatología y la capacidad de estos males de pasar a la descendencia, hacían de las enfermedades venéreas un enemigo muy peligroso que médicos y autoridades sanitarias de diversas partes del mundo procuraron combatir. Los desplazamientos de tropas con motivo de la Primera Guerra Mundial evidenciaron la propagación de las enfermedades venéreas entre los soldados, quienes muy pronto quedaban fuera de combate, con un padecimiento que llevaban a su familia a su regreso a casa. La difusión de la sífilis y la gonorrea entre la población afectaba no sólo la fuerza laboral y la productividad, sino que –se pensaba– también ponía en riesgo la salud y el vigor de “las razas”. Estudiosos y autoridades sanitarias de diversos países hicieron múltiples propuestas para evitar los estragos de estas enfermedades.

Los intentos por prevenir la propagación de dichas patologías en México comenzaron con la reglamentación prostibularia decimonónica. Posteriormente, en 1908 fue creada la Sociedad Mexicana de Profilaxis Sanitaria y Moral de las Enfermedades Venéreas a instancias de la Academia Nacional de Medicina y hubo dispensarios antivenéreos a cargo de instituciones de beneficencia privada.⁶

Después de la Revolución Mexicana, las autoridades sanitarias asumieron que las enfermedades venéreas amenazaban el desarrollo de la nación y que era por tanto una obligación del Estado mexicano hacer frente a tan terribles males. La lucha antivenérea cobró nuevas dimensiones en un contexto de construcción del Estado nacional posterior a los movimientos armados de la Revolución. La población como un asunto económico y político era central en este proceso: su capacidad de trabajo, de producción de riqueza y su consumo de recursos fueron objeto de reflexiones y no en pocas ocasiones, de intervención. Un problema fundamental de la población era el sexo, pues con él tenía que ver su reproducción: los nacimientos, los matrimonios y las relaciones sexuales.⁷ La vigilancia y el control del sexo se hacían prioritarios, tanto más porque había la convicción de que también era responsabilidad del Estado velar por la salud y la “calidad” de población de todo el país. En este sentido, la prevención de las enfermedades venéreas debía contribuir a favorecer el bienestar y el desarrollo de la población.

El problema de las enfermedades venéreas no fue pensado sólo en términos de las implicaciones políticas y económicas de administrar una población. Desde la perspectiva de las autoridades de la primera mitad del siglo XX, se trataba además de un asunto biológico, pues la sífilis y la gonorrea afectaban lo más íntimo de cada ser humano enfermo: su cuerpo, su sangre, su carne, e incluso, su mente y su capacidad cognitiva. Las venéreas trascendían al individuo, pasaban a su descendencia, dañando a las nuevas generaciones, inutilizándolas para el trabajo. Se trataba de enfermedades sociales que atentaban contra la integración nacional y ponían en riesgo el futuro de la nación. En este contexto, resultó de utilidad el concepto de *raza* para entender y enfrentar la propagación de las enfermedades venéreas.

⁶ CARRILLO, “Control sexual para el control social”.

⁷ FOUCAULT, *Historia de la sexualidad*.

El concepto de “raza” ha impuesto significados sociales a las diferencias físicas entre los seres humanos. Se ha llegado a utilizar como mecanismo de clasificación y estratificación social, y ha tenido consecuencias importantes, pues durante siglos se justificó el maltrato, la discriminación y la marginación de grupos considerados “inferiores”.⁸ Sin embargo, en la lucha antivenérea en México, la utilidad discursiva de *la raza* no radicaba en su carácter diferenciador, sino en la posibilidad que daba de homologar a toda la población mexicana como “una” sola *raza*. *La raza* en este contexto se identificaba con la nación: las enfermedades venéreas eran un peligro para *la raza*, en singular, es decir, para la nación. Los estudiosos no encontraron en “las razas” una variable que consideraran de interés para la prevención de estas enfermedades en México. Desde luego, estos discursos no borraron las diferencias, ni el papel ni en las prácticas. Médicos y antropólogos continuaron pensando algunos problemas nacionales –como la educación– en términos de “razas” y las desigualdades y la marginación, e incluso algunas políticas públicas no estaban exentas de connotaciones racistas.⁹

La eugenesia y sus argumentos acerca de la “mejora racial” aportaron elementos que justificaron la lucha antivenérea. El vocablo “eugenesia” fue utilizado por primera vez por el inglés Francis Galton¹⁰ en 1883 para referirse a “las cuestiones relacionadas con lo que se llama en griego *eugenes*, o sea con buena estirpe o linaje, dotados hereditariamente de nobles cualidades”.¹¹ Entre sus postulados estaba que la herencia era determinante y que era posible el mejoramiento racial a través de ella. En México la eugenesia se popularizó entre los médicos a partir de los años veinte.¹² La idea de que era posible mejorar a la población haciéndola más fuerte y más saludable resultaba atractiva en un contexto en el que la sociedad y el gobierno lidiaban con los estragos de la lucha armada, las hambrunas y las enfermedades endémicas y epidémicas. La eugenesia parecía prometedora para contribuir a sentar las bases de proyectos políticos, sociales y económicos que requerían la fuerza de

⁸ STEPAN, *The Hour of Eugenics*. WADE, “Race in Latin America”, pp. 177-192. WADE, *Race and Sex*, pp. 110-155. SMEDLEY, “Race”, pp. 690-702.

⁹ La campaña antialcohólica en la década de 1930, por ejemplo, asoció a los indígenas y al alcoholismo. PIERCE, “Sobering the Revolution”, p. 133.

¹⁰ Francis Galton (1822-1911) es considerado uno de los fundadores de la antropometría y la genética cuantitativa. Era primo de Charles Darwin y aunque siguió sus ideas evolucionistas no coincidió con sus concepciones acerca de la herencia. SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, *Eugenesia y racismo*, p. 13.

¹¹ SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, *Eugenesia y racismo*, p. 13.

¹² URÍAS, *Historias secretas del racismo*, p. 108.

trabajo de obreros y campesinos. Sin embargo, a diferencia de Galton, los estudiosos mexicanos no consideraban que la herencia fuese inmodificable, sino que apostaban por la “regeneración” y la educación como medios para fortalecer *la raza*.¹³

Las consideraciones acerca del impacto de las enfermedades venéreas en *la raza* y en la sociedad daban razones al Estado para tomar las medidas que se pensaban conducentes a evitar la propagación. En la salud, el Estado intervendría para prevenir, y en la enfermedad, para curar o –si era el caso– castigar. Pero la lucha no sólo necesitaba argumentos, sino una institucionalidad que la hiciera posible.

Antes de la Revolución, la máxima autoridad sanitaria era el Consejo Superior de Salubridad, que si bien había dirigido importantes campañas de salud,¹⁴ seguía teniendo un carácter consultivo y una jurisdicción limitada, de la que salía en casos de emergencia, como epidemias.¹⁵ La Constitución Política de 1917 creó el Departamento de Salubridad Pública (DSP) y le otorgó facultades ejecutivas y jurisdicción en todo el país. A partir de entonces, comenzó a conformarse una nueva organización sanitaria que buscaría una mayor coordinación de las acciones a favor de la salud en todo el territorio nacional.

Hay que recordar que el creciente control estatal se buscó con ahínco en otros ámbitos *centrales* como la educación, la hacienda pública y el ejército. Tales planes estuvieron relacionados con la centralización administrativa, la profesionalización y la secularización. Se buscaba que las instituciones federales fueran las rectoras de las políticas públicas en todo el país y que la Administración fuera más eficiente, gracias a la presencia de servidores públicos profesionales; también que el Estado adquiriera más control con respecto a la población, las iglesias (sobre todo la Católica) y los gobiernos locales.¹⁶

¹³ STEPAN, *The Hour of Eugenics*. WADE, “Race in Latin America”, pp. 177-192. WADE, *Race and Sex*, pp. 110-155. SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, *Eugenesis*. SAADE, “¿Quiénes deben procrear?”

¹⁴ CARRILLO, “Economía, política y salud pública en el México porfiriano”, pp. 67-87.

¹⁵ Tenía jurisdicción en el Distrito y Territorios Federales, puertos y fronteras. *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, 1891. En 1894 y 1902 fueron publicados nuevos Códigos.

¹⁶ ABOITES, Luis, “La ilusión del poder nacional”, pp. 181-216. ABOITES, *Excepciones y privilegios*. LOYO, Joaquín Amaro. LOYO, “Los mecanismos de la ‘federalización’ educativa”. ARNAUT, *La federalización educativa en México*. GUDIÑO, MAGAÑA-VALLADARES y HERNÁNDEZ, “La Escuela de Salud Pública en México”. Luis Aboites ha estudiado las complejas relaciones entre el gobierno federal y los estatales, en lo relativo a la modernización tributaria y a provisión de agua. Marta Loyo analiza los esfuerzos por disciplinar y profesionalizar el ejército entre 1917 y 1931 bajo la dirección de Joaquín Amaro. Arnaut y Engracia Loyo han investigado la centralización educativa. En cuanto a la salud, Gudiño, Magaña y Hernández estudian la Escuela de Salud Pública, dedicada a la formación de profesionales de la salud pública, desde su creación en 1922 hasta 1945.

La búsqueda estatal por el control de la población impactó la vida de los individuos, pues las regulaciones comenzaron a incluir a más personas y más aspectos de sus vidas. En el siglo XIX, la legislación para la prevención de las enfermedades venéreas se limitaba a la reglamentación de la prostitución. Después de la Revolución fueron aprobadas leyes que trataban de controlar a sectores cada vez más amplios de la población, si bien las meretrices continuaron siendo uno de los grupos más sometidos. 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 tratamiento forzoso para todos los enfermos (art. 166). Con estas regulaciones se pretendía identificar 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 y *la raza*, aún en detrimento de algunos individuos.

En teoría, cualquiera que quisiera contraer matrimonio o que tuviera riesgo de contagio (vida sexual activa) podía ser objeto de la vigilancia y del control sanitario. Sin embargo, la aplicación de la ley no sólo dependía de las intenciones y pretensiones de las autoridades sanitarias. Estas no siempre contaron con los recursos humanos, técnicos y económicos para hacer cumplir los preceptos legales. Y más importante aún, la gente que debía someterse a las regulaciones sanitarias no siempre estuvo dispuesta a colaborar. En no pocas ocasiones lograron evitar el control, ya fuese porque evitaban el examen médico (con la “unión libre”, por ejemplo), por la complicidad de las mismas autoridades (certificados fraudulentos), o en abierta oposición (con el envío de cartas al presidente).

En la lucha antivenérea también se expresaron los conflictos entre la Iglesia y el Estado, y quedó de manifiesto el proceso de secularización promovido por el segundo. Esto fue más evidente en la exigencia del certificado prenupcial y la propaganda sanitaria. Desde el siglo XIX fueron aprobadas leyes que consideraban al matrimonio un contrato que el Estado debía regular y no un sacramento a cargo de la Iglesia. Tales ordenamientos daban la posibilidad al Estado de establecer los requisitos para la unión, para negarla, e incluso para

disolverla. El certificado médico prenupcial era una herramienta que, al menos en teoría, reforzaba el carácter contractual del matrimonio y la intervención estatal en un asunto que lejos de ser divino, se planteaba como social, económico y biológico.

La propaganda antivenérea también colaboraba de alguna manera en el proceso de secularización. Sus mensajes pretendían difundir una visión de las enfermedades y su prevención basadas en la racionalidad y la ciencia. La propaganda expresó ideas acerca del cuerpo, la sexualidad y el papel que hombres y mujeres debían desempeñar en la sociedad, que se justificaban ya no con preceptos religiosos, sino “científicos”. Por ejemplo, la virginidad y la maternidad no serían ya virtudes cristianas pensadas para la santidad, sino virtudes cívicas por el bien de *la raza*. Aunque es difícil valorar el impacto que estas ideas tuvieron en una población mayoritariamente católica, se verá que las autoridades sanitarias llevaron a cabo su difusión con optimismo y sin mayor oposición, mientras estas ideas no fueron percibidas como una amenaza para la religión. En este sentido, la educación sexual planteada por la SEP corrió con una suerte distinta, pues numerosos padres de familia la consideraron una afrenta a sus creencias.

El interés por organizar la administración pública desde instituciones centrales fuertes se vio reflejado en el carácter nacional de la lucha antivenérea. Ante un problema que involucraba a *la raza*, las autoridades sanitarias federales buscaron llevar la lucha a todos los rincones del país, fuera por medio de su propaganda o sus leyes. Uno de los objetivos era consolidar una centralización administrativa a cargo de las autoridades sanitarias federales, que en la primera mitad del siglo XX se buscó por varios medios, como las facultades ejecutivas del DSP, la creación de unidades sanitarias cooperativas y el impulso de campañas sanitarias nacionales. El DSP buscó la colaboración de las autoridades locales para lograr su cometido. En ocasiones los trabajos fueron conjuntos, pero también hubo desavenencias. El caso más claro fue el intento por imponer una reglamentación federal de la prostitución, que finalmente no prosperó.

La presente investigación analiza la lucha antivenérea en México, tanto los argumentos teóricos que la justificaron como en su ejecución, en un contexto de construcción del Estado nacional después de la Revolución. Para ello, considera los dos principales medios de la lucha: la legislación y la propaganda.

La lucha antivenérea: 1926-1940, México

La lucha antivenérea tuvo cambios importantes en 1926 y 1940, por ello esta investigación tiene dichos años como referencia. En este periodo varias leyes fueron aprobadas y hubo iniciativas que, sin estar exentas de críticas y resistencias, debían dar nuevos alcances a la lucha, al menos en teoría. En 1926 entraron en vigor el Reglamento para el ejercicio de la prostitución, y el Código Sanitario. Este último fue de gran importancia para la lucha antivenérea, no sólo porque establecía la exigencia del certificado médico prenupcial, el control de la prostitución y la declaración obligatoria de las enfermedades venéreas, sino porque reiteraba y especificaba las nuevas facultades ejecutivas y la jurisdicción nacional que la Constitución de 1917 le otorgaba al DSP. Así, el Código Sanitario de 1926 planteó dos aspectos fundamentales en la lucha contra la sífilis y la gonorrea: 1) las enfermedades venéreas constituían un asunto de interés nacional, y; 2) las autoridades sanitarias debían dirigir la lucha antivenérea.

La investigación llega hasta 1940 porque en ese año fue aprobada una nueva legislación que cambió la manera en la que se venía desarrollando la lucha antivenérea en las dos décadas anteriores. Desde 1935 los miembros del DSP expresaron que era necesario reorganizar la lucha antivenérea con base en la supresión de los reglamentos de prostitución. Por ello, elaboraron un proyecto de Reglamento de la Campaña Antivenérea, que no fue aprobado sino hasta enero de 1940. La aplicación dicho Reglamento no se incluye, pues la lucha antivenérea en la década de 1940 se dio en un contexto distinto, marcado no sólo por la aprobación del Reglamento para la Campaña, sino por el uso de la penicilina, el inicio de la Campaña Antivenérea Cooperativa con los Estados Unidos en 1941¹⁷ y los cambios en la administración sanitaria en México, como la creación la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1943 (que fusionó la Secretaría de Asistencia Pública y el DSP) y la fundación del IMSS en 1943.

Aunque el periodo de estudio responde a las lógicas de la lucha antivenérea, también está relacionado con el proceso de institucionalización en México. Los años más álgidos de la guerra de la Revolución habían pasado y una nueva constitución política fue

¹⁷ VILLELA, “Informe relacionado con la Campaña Antivenérea Cooperativa”, pp. 275-285.

aprobada en 1917. En este periodo también fueron creadas varias instituciones, entre ellas algunas que participaron directamente en la lucha antivenérea, como el mismo DSP (1917), la SEP (1921) y el Departamento Autónomo de Prensa y Publicidad (DAPP, 1937), y otras que buscaban organizar la vida política y laboral del país, como el Partido Nacional Revolucionario (PNR, 1928-1938) y diversas agrupaciones de trabajadores.¹⁸ También hubo en este periodo proyectos para la reorganización fiscal, la reforma agraria, el control de recursos naturales y el desarrollo de infraestructura.¹⁹

La lucha antivenérea fue pensada como un problema nacional que involucraba a todo México. Por ello, el presente estudio se ha planteado para México como país y ha considerado las acciones sanitarias en los estados en la medida en que mostraban el alcance nacional de la lucha o las particularidades locales. Ejemplo de ello es la difusión de la propaganda antivenérea en la Campaña Nacional de 1927, donde una misión recorrió diversas partes del país. Por otra parte, se pueden considerar las formas distintas en las que varios estados enfrentaron la prostitución, por medio de la abolición de los reglamentos. No se trata por tanto de una descripción de la lucha antivenérea en cada entidad federativa, sino de analizar un proceso que fue entendido como nacional, pero que tuvo matices y características particulares en algunos lugares.

Si bien la investigación es sobre México, no deja de reconocer el contexto internacional que influyó en la lucha antivenérea. Los debates médicos, las medidas sanitarias y algunos acuerdos internacionales también fueron motivo de estudio y discusión en México. Un par de ejemplos se encuentran en la regulación de la prostitución y la propaganda. Las experiencias en otros países con la reglamentación o la prohibición de la prostitución fueron consideradas al plantear y al criticar las acciones del DSP en este sentido. La propaganda antivenérea en otras partes del mundo sirvió de referencia en México, incluso fueron exhibidas películas extranjeras en la Campaña Nacional Antivenérea (*Listos para vencer*, americana y *Falso pudor*, alemana).

¹⁸ Numerosas agrupaciones de trabajadores fueron creadas, entre las más importantes: la Confederación Regional Obrera Mexicana (CROM, 1918) y la Confederación General de Trabajadores (CGT, 1921). La CROM tuvo una gran participación política, apoyando primero al presidente Álvaro Obregón y luego a Plutarco Elías Calles. La CGT estaba integrada sobre todo por agrupaciones textiles y petroleras y dominada por la corriente anarco-sindicalista, que proponía la autodeterminación de los sindicatos, sin injerencia estatal. RIVERA, *La clase obrera en la historia de México*, pp. 17-27 y 111-122.

¹⁹ ABOITES, "La ilusión del poder nacional", pp. 181-216. ABOITES, *Excepciones y privilegios*. RIVERA, *La clase obrera en la historia de México*, pp. 180-188.

La lucha antivenérea: Estado, poder y resistencia

La búsqueda de los gobiernos revolucionarios por consolidar un Estado nacional pasaba por procurar la salud de la población y evitar la “degeneración de *la raza*”. Por ello, la lucha antivenérea se asumió como una necesidad del Estado.

Para los fines de esta investigación consideraré que el *Estado* no es un “objeto material” con una “existencia real” oculta detrás de las instituciones.²⁰ El Estado es una construcción histórica que se puede estudiar en su proceso de formación.²¹ Entre sus funciones principales están la búsqueda de la cohesión social y la legitimación del régimen y las instituciones políticas.

Aunque el Estado en sí no tiene una “materialidad”, su proceso de formación no se limita a las ideas, sino que los discursos promovidos en su nombre y los intentos por lograr una cohesión social llevan a acciones concretas. En el caso de la lucha antivenérea, estas acciones consistieron fundamentalmente en la aprobación y la aplicación de leyes, así como en la difusión de propaganda.

Las enfermedades venéreas fueron entendidas como una amenaza a la cohesión social y por tanto un enemigo dentro de las mismas fronteras, que era necesario vencer. La búsqueda de la cohesión por medio de la prevención de enfermedades conllevó contradicciones y ambivalencias. En principio, “las enfermedades venéreas” no eran una entidad abstracta, sino que afectaban los cuerpos de numerosas personas. Estas, al ser portadoras del mal, se volvieron cada vez más objeto del control estatal, al menos en la teoría. Los enfermos y las enfermas fueron vistos con ambivalencia, pues bien podían ser “criminales” que propagaban su padecimiento o “víctimas” de un contagio “inmerecido”. De cualquier forma, las autoridades consideraron que era necesario hacer frente a un mal que ponía en riesgo el futuro del Estado.

En este contexto, se pensaba que la cohesión social no sólo dependía de la identificación y el control de los enfermos, sino también de la vigilancia de las personas sanas que podían ser contagiadas y posteriormente transmitir el mal a la descendencia. Aunque tanto hombres como mujeres cabían en ese supuesto, las medidas sanitarias

²⁰ ABRAMS, “Notes on the Difficulty of Studying the State”, pp. 58-89.

²¹ GILBERT y NUNGENT (eds.), *Everyday Forms of State Formation*.

hicieron distinciones entre ambos y buscaron al mismo tiempo proteger y vigilar más a las mujeres. Las diferentes consideraciones se debían sobre todo a la forma de entender la sexualidad de ambos, los papeles atribuidos a unos y a otras y las desigualdades sociales y jurídicas entre ambos que se reflejaban en actitudes y políticas paternalistas.²²

El control de las enfermedades venéreas expresaba relaciones de *poder* que pretendidamente se sustentaban en un saber médico-científico. Estas no deben entenderse como una imposición unilateral “desde arriba”, tampoco implicaban necesariamente el uso de la coerción o la violencia y no siempre pasaban por un marco legal o institucional.²³ La cuestión era “¿qué hacer y por qué medio obrar sobre el individuo, y llevarlo a que arregle su vida íntima, según las reglas de una higiene racional?”²⁴

El uso de la coerción fue discutido y en ocasiones puesto en práctica, pero no siempre fue privilegiado. Se pretendía que todos los individuos interiorizaran las normas higiénicas, que disciplinaran su cuerpo y se sometieran voluntariamente al consejo médico. Por ello se dio gran importancia a la propaganda y la educación higiénicas, para lograr por medio de la persuasión el acatamiento de las medidas sanitarias.

Las autoridades sanitarias, médicos y eugenistas pretendían que las personas, sin que necesariamente mediara un profesional o una institución, contribuyeran a la vigilancia del propio cuerpo, del de la pareja –estable u ocasional- y si era el caso, de los hijos y las nodrizas. De tal manera, diversos actores podían ejercer poder en distintos niveles, apelando a los conocimientos médicos. La pretensión era llegar hasta los confines del país, desde los hogares más pobres hasta los más acaudalados. Desde luego, el acceso a medios preventivos y curativos sería distintos, pero en principio, era de gran interés para las autoridades sanitarias lograr entre la gente, independientemente de su origen social o étnico, el convencimiento de que “la ciencia” era el único camino hacia la salud.

La aplicación de la legislación relacionada con la lucha antivenérea, así como la propuesta de la educación sexual afectaron los intereses de algunos sectores de la sociedad,

²² Sobre exclusiones sociales en la construcción del Estado nacional véase STOLCKE, “Talking Culture”, pp. 1-24. STOLCKE, “La ‘naturaleza’ de la nacionalidad”, pp. 23-43. Stolcke hace referencia principalmente a los migrantes extranjeros y las mujeres.

²³ FOUCAULT, *Historia de la sexualidad*. FOUCAULT, *Microfísica del poder*: FOUCAULT, *Nacimiento de la clínica*.

²⁴ MONJARÁS, “Acción del individuo”, p. 249.

e iban en contra de sus creencias y valores. Esto provocó *resistencias* que fueron expresadas de diversas maneras, desde el abierto rechazo hasta el disimulo y la omisión.²⁵

Las manifestaciones públicas de desacuerdo en ocasiones cuestionaron la legitimidad de las autoridades sanitarias y educativas para intervenir en asuntos que algunos sectores de la sociedad consideraban exclusivos del ámbito familiar, como la educación sexual o el matrimonio. Otras veces, aunque las medidas sanitarias causaron molestia, los reclamos se daban en marco de la misma legislación, más en desacuerdo con su aplicación que en contra de la legitimidad misma de la ley. Esto se ve más claramente en las quejas suscitadas con la aplicación del Reglamento para el ejercicio de la prostitución de 1926.

Hubo también otras formas de resistencia en lo cotidiano que no buscaban la confrontación y que bien podían tener ciertas “ganancias en lo inmediato”.²⁶ Así, prostitutas o futuros cónyuges podían fingir que cumplían la ley al disimular una infección o al enviar en su lugar a otra persona para la inspección médica. Otra opción era tratar de pasar inadvertidos por la “clandestinidad” o el amasiato. Estas estrategias no buscaban cuestionar la ley ni a las autoridades, simplemente trataban de evitar las consecuencias de acatar sus órdenes.

Historiografía acerca de algunos temas relacionados

Diversos estudios históricos han planteado temas de interés y han enriquecido la presente investigación. La organización sanitaria a partir de los cambios administrativos y políticos posibilitados por la Constitución de 1917 ha sido objeto de varias investigaciones. Algunos de los estudios sobre la administración sanitaria en México fueron elaborados por médicos, que de hecho formaron parte de la misma, como Miguel Bustamante y José Álvarez

²⁵ SCOTT, *Domination and the Arts of Resistance*, pp. 2-20. Scott plantea que existen distintos tipos de resistencia, que pueden ir desde la confrontación directa, hasta formas más indirectas como el disimulo o la omisión. De acuerdo con Scott, la interacción abierta entre los subordinados y aquellos que dominan puede describirse a través de un discurso público (*public transcript*) que ambos expresan. Los primeros pueden mostrar deferencia o consentimiento, aunque asimismo pueden disentir; en tanto que los segundos, buscan mostrar su dominio y su mando. Existe además un discurso oculto (*hidden transcript*) que se expresa más allá de la mirada de quienes ostentan el poder. Este discurso oculto contiene un amplio rango de prácticas. La frontera entre ambos discursos “es una constante lucha entre los dominados y los subordinados”. El discurso oculto está relacionado con la infrapolítica (*infrapolitics*), es decir, “una amplia variedad de formas de resistencia de bajo perfil que no se atreven a hablar en nombre propio.”

²⁶ SCOTT, *Weapons of the weak*, p. 33. Aunque Scott estudia la resistencia cotidiana de los campesinos en el sureste de Asia, su concepto de resistencia es útil para explicar las formas en las que distintos sectores de la sociedad mexicana enfrentaron las políticas sanitarias.

Amézquita. Sus trabajos presentan información sobre diversas acciones estatales en materia de salud, de las que incluso fueron partícipes. Por lo mismo, son textos más bien descriptivos que destacan sobre todo los logros alcanzados, si bien señalan algunas dificultades que enfrentaron.²⁷ Alberto J. Pani y José Ángel Cenicerros no eran médicos, pero también fueron funcionarios públicos y escribieron sobre la administración sanitaria y las condiciones de salud y enfermedad de la población mexicana. En sus trabajos presentan algunas estadísticas que enfatizaban su preocupación por la morbilidad y la mortalidad en México.²⁸

Otros textos que también han estudiado la articulación de la organización sanitaria en México posrevolucionario son los escritos por Ana María Carrillo, Anne-Emanuelle Birn y Miguel Ángel González-Block. Estos trabajos buscan una perspectiva más analítica y crítica. En su trabajo sobre “El surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios de salud”, Carrillo hace un breve, pero completo recuento de los cambios en la administración sanitaria en México entre 1902 y 1940.²⁹ Destaca las epidemias y las campañas de salud, la eugenesia, la federalización de los servicios de salud, la dictadura sanitaria, la participación de la Fundación Rockefeller en campañas sanitarias en México, los Servicios Coordinados de salud y el servicio médico de los estudiantes de medicina. Carrillo también describe brevemente las distintas leyes aprobadas y las acciones realizadas en el periodo con motivo de la prevención de las enfermedades venéreas: la exigencia del certificado médico prenupcial, la declaración obligatoria, la penalización del contagio venéreo, la reglamentación de la prostitución, la creación de dispensarios y la Campaña Nacional Antivenérea de 1927. Este texto resulta de gran valor no sólo porque resume la lucha antivenérea, sino porque la pone en el contexto de las acciones sanitarias de la primera mitad del siglo XX.

Ana María Carrillo también publicó un artículo sobre “Salud pública y poder en México durante el cardenismo, 1934-1940.” En él destaca tres etapas que marcaron la administración sanitaria: el fortalecimiento, la política nacional y reformista, y el repliegue

²⁷ÁLVAREZ ET AL., *Historia de la Salubridad*. BUSTAMANTE, *La coordinación*.

²⁸ Pani fue secretario de Industria, Comercio y Trabajo, secretario de Hacienda y Crédito Público, secretario de Relaciones Exteriores, así como embajador de México en Francia y en España. Cenicerros fue embajador en Cuba (1944-1945) y Haití (1949-1951) y secretario de Educación Pública (1952-1958). PANI, *La Higiene en México*. CENICEROS, *El problema social de la insalubridad*.

²⁹ CARRILLO, “El surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios de salud”, pp. 17-66.

del reformismo.³⁰ Este trabajo analiza la búsqueda del DSP por llevar los servicios de salud a las comunidades rurales del país, en el contexto un gobierno interesado por la cuestión rural, no sólo en temas de salud.

Anne-Emanuelle Birn plantea que en México ha habido dos momentos de reformas tendentes a la descentralización sanitaria: uno durante las décadas de 1920 a 1930, y otro en 1980. Con base en fuentes de la Rockefeller Foundation, Birn considera que las unidades sanitarias cooperativas fueron intentos por “descentralizar” la administración sanitaria durante las décadas de 1920 y 1930.³¹ Este estudio sugiere reflexiones acerca de la organización sanitaria, sin embargo, su argumento central no resulta convincente pues en principio no plantea cuándo y cómo se llevó a cabo un proceso de centralización sanitaria en México. Ciertamente la Constitución de 1917 daba atribuciones al DSP que lo colocaban como la máxima autoridad sanitaria en todo el país, pero dicho Departamento estaba lejos representar una administración que ameritara “desesperadamente” su descentralización, como lo plantea Birn. La lucha antivenérea es una muestra de esos complejos procesos por los que el DSP procuró la prevención de enfermedades en todo el país.

Miguel Ángel González-Block plantea distintos principios de organización que legitimaron las políticas de salud pública después de 1917: el técnico, el geopolítico y el corporativista.³² Aunque el análisis en esta investigación no retoma dichos criterios, el estudio de González-Block resulta de interés para comprender la administración sanitaria en México.

Otro tema de gran interés para esta investigación es la eugenesia y el racismo. Los estudios para América Latina realizados por Nancy Leys Stepan y Peter Wade son importantes no sólo por su análisis del desarrollo de la eugenesia en varios países de América Latina, sino por su reflexión acerca de los discursos sobre “las razas” y el mestizaje. Ambos destacan que las ideas acerca del mestizaje no borran las diferencias ni hacían inexistente el racismo.³³

³⁰ CARRILLO, “Salud pública y poder durante el Cardenismo”, pp. 145-178.

³¹ BIRN, “Buscando desesperadamente la descentralización”, pp. 279-311.

³² GONZÁLEZ-BLOCK, “Génesis y articulación de los principios rectores de la salud pública”, pp. 337-351.

³³ STEPAN, *The Hour of Eugenics*. WADE, “Race”, pp. 177-192. WADE, *Race and Sex*, pp. 110-155.

Nancy Leys Stepan considera el caso mexicano y analiza cómo la eugenesia se constituyó como un movimiento científico y social.³⁴ Beatriz Urías Horcasitas, Alexandra Stern, Marta Saade Granados y Laura Suárez y López Guazo, también han escrito sobre la eugenesia en México. Urías Horcasitas destaca, entre otros aspectos, el doble significado de la idea de “mejorar la raza” en México: evitar la degeneración biológica y social e “incentivar la educación sexual”.³⁵ También ha estudiado la influencia de la eugenesia en los proyectos de “ingeniería social” del Estado posrevolucionario.³⁶

Alexandra Stern muestra cómo la eugenesia proporcionó un discurso de diferenciación social aparentemente más “neutral” que el del darwinismo social.³⁷ Marta Saade también estudia el discurso eugenésico mexicano, principalmente en lo referente al control natal.³⁸ Laura Suárez analiza conceptos centrales para la eugenesia, como degeneración y herencia, y cómo éstos se entendieron en México,³⁹ así como la importancia de la Sociedad Eugénica Mexicana.⁴⁰

Los estudios históricos sobre la eugenesia en México muestran que la herencia no fue entendida en un sentido “determinista”, sino que también se consideró que los elementos sociales y ambientales en general eran capaces de influir en el desarrollo de los seres humanos, si bien no siempre de forma clara. Estas consideraciones son fundamentales para el análisis de la lucha antivenérea, pues en ella se planteó la amenaza que tales enfermedades representaban para *la raza*, pero también la posibilidad de evitarlas por medio de la educación y la propaganda.

Acerca del certificado médico prenupcial ha escrito Ana María Carrillo. Su texto sobre “La ‘civilización’ del amor” expone cómo el certificado expresaba un nuevo concepto de amor, que debía incidir en la elección de pareja de la gente con base en criterios relacionados con el mejoramiento de *la raza*.⁴¹ El planteamiento de Carrillo, así como sus señalamientos acerca de la oposición a tal requisito, resultan de gran interés a esta

³⁴ STEPAN, *The Hour of Eugenics*.

³⁵ URÍAS, *Historias secretas del racismo*.

³⁶ URÍAS, “Degeneracionismo”, pp. 34-67. URÍAS, “Eugenesia”, pp. 171-205.

³⁷ STERN, “Mestizofilia”, pp. 57-92.

³⁸ SAADE, “¿Quiénes deben procrear?”

³⁹ SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, *Eugenesis*.

⁴⁰ SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, “La influencia de la Sociedad Eugénica Mexicana”, pp. 51-84.

⁴¹ CARRILLO, “La ‘civilización’ del amor”, pp. 409-440.

investigación, pues el certificado médico prenupcial fue una de las medidas sanitarias de lucha antivenérea.

La investigación de Pablo Piccato sobre el crimen en la ciudad de México⁴² ha aportado elementos de análisis para la penalización del contagio venéreo. Piccato estudia la criminología mexicana y analiza los discursos sobre la prevención del delito, los conceptos de “degeneración” y “raza”, su relación con el crimen, así como los significados del “honor” en las ofensas sexuales. Esto último resulta de particular interés en la revisión de las denuncias por contagio venéreo que forma parte de la presente tesis.

Katherine Bliss es quien ha estudiado más ampliamente la prostitución en el México posrevolucionario.⁴³ Desde una perspectiva de género, Bliss se ha interesado por la relación de la prostitución con la salud pública y las políticas estatales de “redención” y regeneración social. Sus estudios se han centrado fundamentalmente en la ciudad de México. Estos trabajos aportan una visión más completa y detallada acerca de la reglamentación y el ejercicio de la prostitución en la capital mexicana.

Existen estudios históricos sobre campañas higiénicas en el México posrevolucionario, que si bien no refieren directamente a la lucha antivenérea permiten valorar las políticas públicas de salud en un contexto más amplio. Algunas de estas investigaciones muestran la participación de instancias internacionales, como la Fundación Rockefeller⁴⁴ y la resistencia que generaron algunas acciones de salud pública.⁴⁵

Acerca de la campaña antivenérea, Ana María Carrillo ha publicado un par de artículos. “De la sífilis al Sida: Vidas privadas y paranoias públicas” es un texto en el que plantea ciertas semejanzas entre las campañas contra la sífilis a inicios del siglo XX y la campaña contra el Sida a fines de la centuria: las contradicciones entre los derechos individuales y el derecho a la salud pública, la disyuntiva entre el convencimiento y la

⁴² PICCATO, *Ciudad de sospechosos*.

⁴³ BLISS, “The Science of Redemption”, BLISS, “Figuras revolucionarias”. BLISS, *Compromised Positions*. BLISS, “Prostitution, Revolution and Social Reform in Mexico City”, p. 102. BLISS, “For the Health of the Nation”, pp. 196-220.

⁴⁴ CUETO, “Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana, 1918-1940”, pp. 179-201. BIRN, “‘Revolución nada más’. La campaña de la Fundación Rockefeller contra la uncinariasis en México”, pp. 257-286. CUETO, “La salud internacional, la Guerra Fría y la erradicación de la malaria en México”, pp. 313-338.

⁴⁵ AGOSTONI, “Historia de un escándalo. Campañas y resistencia contra la difteria y la escarlatina”, pp. 286-311. AGOSTONI, “Entre la persuasión, la compulsión y el temor”, pp. 149-173.

coerción, la discriminación y la promoción de la castidad.⁴⁶ En su artículo “Control sexual para el control social: la primera campaña contra la sífilis en México”, Carrillo analiza la campaña iniciada en 1908 por la Academia Nacional de Medicina y sus pretensiones moralizadoras. También examina la reglamentación de la prostitución, el control sanitario en el ejército y sobre las soldaderas, a quienes prácticamente se equiparaba a las prostitutas.⁴⁷

La propaganda higiénica ha sido estudiada por Ernesto Aréchiga y María Rosa Gudiño. Aréchiga ha analizado diversas estrategias de educación y propaganda higiénica impulsadas por el Estado mexicano posrevolucionario entre 1920 y 1940. Aréchiga considera las políticas públicas en el marco de la llamada “dictadura sanitaria”, y cuestiona en sus posibilidades y alcances.⁴⁸

Por su parte, María Rosa Gudiño ha investigado sobre las campañas higiénicas contra las enfermedades venéreas (1927), el alcoholismo (1929), el paludismo (1957) y la campaña de *Salud para las Américas* (1943-1950), principalmente en su difusión a través del cine.⁴⁹ El texto de Gudiño es de particular interés por su análisis del contenido de las películas *Al final del camino* y *Listos para vencer*, así como su estudio del contexto cinematográfico en el que estos filmes llegaron a México y adquirieron importancia como instrumentos de educación higiénica.

Tanto Aréchiga como Gudiño destacan que la educación y propaganda higiénicas no tuvieron su correlato en la inversión de infraestructura sanitaria, por lo menos hasta 1940. Estos planteamientos contribuyen a matizar los alcances y resultados de las labores de difusión de conocimientos higiénicos del DSP.

Alberto del Castillo Troncoso y Belinda Arteaga dan cuenta de los debates que en México se suscitaron en torno a la educación sexual. Alberto del Castillo analiza las propuestas de educación sexual y la imagen secular de la niñez que reconocía la sexualidad de los niños, frente a la oposición católica que alegaba la defensa de la familia y del individuo.⁵⁰ Por su parte, Belinda Arteaga ubica su investigación en la perspectiva de

⁴⁶ CARRILLO, “De la sífilis al sida: vidas privadas y paranoias públicas”, p. 8.

⁴⁷ CARRILLO, “Control sexual para el control social”, pp. 65-77.

⁴⁸ ARÉCHIGA, “Educación, propaganda o ‘dictadura sanitaria’”.

⁴⁹ GUDIÑO, “Campañas de salud y educación higiénica”.

⁵⁰ DEL CASTILLO TRONCOSO, “La polémica en torno a la educación sexual”, pp. 205-206.

historia de las mentalidades y plantea que entonces hubo tres “miradas”: la conservadora, la eugenesia y la coeducación. También narra “la derrota de la educación sexual”.⁵¹

Fuentes y metodología

Distintas fuentes elaboradas en la época de estudio han sido consultadas en acervos de la Ciudad de México, Washington D.C., Chicago y Toluca, Estado de México.⁵² En éstos he encontrado información acerca de las instituciones y algunas personas que estuvieron involucradas en la lucha antivenérea en la ciudad de México, en varias entidades federativas mexicanas y en los Estados Unidos. Entre estas fuentes están leyes, reglamentos, informes, juicios de amparo, cartas y solicitudes, proyectos, estudios, disertaciones, opiniones, propaganda, y periódicos.

Las leyes y los reglamentos dieron el marco legal que posibilitaba y delimitaba las acciones de las autoridades sanitarias, civiles y penales, relacionadas con la lucha. Este tipo de fuentes reflejan las aspiraciones de quienes las crearon, así como las ideas, prejuicios y valores de la época. Sin embargo, su aprobación no representaba necesariamente su cumplimiento, pues las mismas autoridades a veces no tenían los medios para ponerlas en práctica, o incluso, había funcionarios públicos que quebrantaban las leyes. Por otra parte, las personas afectadas por la “legislación antivenérea” encontraron en más de una ocasión la manera de defender sus intereses apelando a ella o evadiéndola. Las cartas y quejas de prostitutas, músicos y hoteleros, así como los juicios por contagio venéreo, muestran los alcances y los límites de la legislación.

Los informes de las autoridades sanitarias dan cuenta de las actividades realizadas y la manera en la que los funcionarios públicos valoraban y justificaban sus acciones. Algunos de estos informes estaban destinados a exponer sus labores ante el Ejecutivo Federal y la sociedad, y otros más tenían por objetivo enterar a la jefatura del DSP sobre el trabajo de distintos funcionarios sanitarios federales. Los primeros destacan principalmente los logros de la administración sanitaria, en tanto que los otros presentan también las

⁵¹ ARTEGA, *A gritos y sombrerazos. Historia de los debates sobre educación sexual.*

⁵² ASCJN, AHSSA, AHSEP, AGN, FAPECyFT, NARA, AHEM.

dificultades enfrentadas, como se verá en los informes de funcionarios sanitarios federales acerca de la prostitución en los estados.

Las disertaciones y opiniones, fundamentalmente de médicos, acerca de temas como la educación sexual y la prostitución, muestran que no hubo unanimidad en los puntos de vista sobre la lucha antivenérea. Aun cuando había coincidencias acerca del reconocimiento de la importancia social de las enfermedades venéreas, hubo opiniones críticas y escepticismo en la forma en que el DSP realizaba la lucha y los resultados que arrojaba. Esta diversidad de ideas fue expresada a través de publicaciones periódicas, tanto especializadas, como informativas en general.

Los estudios y las estadísticas son también una fuente de gran valor. A través de ellos se muestra el sustento que tenían las opiniones y algunas de las decisiones del DSP. Dónde establecer un dispensario o la zona de tolerancia en la ciudad de México, fueron motivo de estudio, por ejemplo. Al pasar de los años, la epidemiología también aportó información que buscaba dar una mejor comprensión para la toma de decisiones.

La valoración de las estadísticas ha sido más importante desde el punto de vista cualitativo que cuantitativo. La dificultad para recabar información de enfermedades consideradas “ocultas” o “vengonzosas”, la falta de personal capacitado para esta labor y la poca claridad metodológica hacen poco fiables los espectaculares cálculos sobre la incidencia de las enfermedades venéreas en México. Sin bien estas estadísticas no se han estimado como un reflejo de la “cantidad real” de enfermos, se ha reconocido su influencia en la lucha antivenérea, pues daban fuerza a los argumentos sobre el peligro social y la amenaza para *la raza*. La trascendencia de las estadísticas en este sentido no se limitaba a la información que proporcionaban, sino a la que insinuaban, ya que además sugerían que había casos desconocidos que quedaban por fuera de sus cálculos.

La propaganda impresa da cuenta de los mensajes que enviaba el DSP a la población, las ideas, sentimientos y emociones que buscaba transmitir. Se han consultado hojas sueltas y carteles que fueron reproducidos en el periódico *El Universal*, un folleto localizado en la Library of Congress, otro folleto impreso por el DAPP encontrado en la biblioteca de The University of Chicago y artículos enviados por el DSP a periódicos. Los

informes del DSP también contienen información sobre la forma en la que fue distribuido este material.

La película *The End of the Road* es otra de las fuentes estudiadas. La copia del film consultado forma parte del acervo de los National Archives and Records Administration de los Estados Unidos, en College Park, Maryland. Esta es la versión original que después fue traducida y presentada en México como *Al final del camino*. Al respecto debe señalarse que la película consultada y la que exhibió el DSP no fueron exactamente las mismas. En principio debe considerarse que hubo una traducción que ya las hacía distintas, y no se sabe qué tan libre o qué tan apegada al guión original fue dicha traducción. Además, como no se ha localizado una copia de las que presentó el DSP, se desconoce si hubo algún tipo de recorte con fines de brevedad o censura, o si *Al final del camino* trató de ser lo más fiel a *The End of the Road*. Lo más importante en el análisis ha sido captar los mensajes y valores promovidos en este filme.

Damaged Lives fue otra película considerada para esta investigación. *Damaged Lives* está disponible en Youtube, y a diferencia de *The End of the Road*, ya cuenta con sonido. La versión consultada es también la original, que de acuerdo con otras fuentes consultadas, fue parcialmente censurada en México, aunque no se dice exactamente qué partes fueron omitidas.

El análisis de las películas no busca hacer un estudio técnico de las mismas ni una mera descripción de la trama, sino valorarlas en el contexto mexicano, la justificación de las autoridades sanitarias al presentar esta película, la elección de los largometraje, de la audiencia a la que la presentaban (y a la que no), los resultados que esperaban y la manera en la que interpretaban las reacciones del público.

Otras películas que también fueron exhibidas en México con motivo de la Campaña Antivenérea han sido de interés para esta investigación: *Listos para vencer* y *Falso Pudor*. No fue posible consultar estas cintas, pero se ha obtenido información de ellas a través de fuentes impresas de la época y de estudios históricos de las mismas, tanto en Estados Unidos, por los trabajos de Allan Brandt y Robert Eberwein, como en México, por el estudio de María Rosa Gudiño.⁵³

⁵³ BRANDT, *No Magic Bullet*. EBERWEIN, *Sex Ed. Film, Video and the Framework of Desire*. GUDIÑO, "Campañas de salud y educación higiénica en México".

Los informes y boletines del DSP brindan información general acerca de las conferencias dictadas por médicos del DSP tanto en radio como personalmente. En el Archivo Histórico de la SEP fueron encontrados algunos textos de conferencias radiofónicas sobre temas relacionados con la eugenesia y las enfermedades infecciosas. Sin embargo, el contenido de las pláticas dadas con motivo de la Campaña Antivenérea no fue localizado. Aun así, los títulos de las conferencias muestran los temas que al DSP le interesaba difundir.

Organización de la tesis

Los resultados de esta investigación son presentados en tres partes. La primera analiza los argumentos que justificaban “La necesidad social de la lucha antivenérea”, así como los cambios en la administración sanitaria que la hicieron posible. En el primer capítulo se presenta el análisis de los principales argumentos esgrimidos por el DSP para justificar la lucha antivenérea. Se expone por qué en el periodo estudiado las enfermedades venéreas fueron entendidas como un problema social que involucraba a todo el país. También se plantea la importancia del concepto de “raza” en singular para la lucha antivenérea. Además, se expone cómo fue reorganizada la administración sanitaria y cómo tales modificaciones incidieron en la lucha antivenérea.

La segunda parte consta de tres capítulos que analizan “La legislación antivenérea”. El capítulo 2 trata acerca de la exigencia del certificado médico prenupcial, los debates, las objeciones y las resistencias que suscitó. Además, se analizan las recomendaciones higiénicas y eugenéticas sobre el matrimonio. Este capítulo expone cómo el matrimonio tuvo un proceso de secularización que lo llevó de ser un sacramento a un contrato. Esto permitió un creciente control estatal del mismo.

El capítulo 3 versa sobre las medidas preventivas y punitivas en la prevención de las enfermedades venéreas. Entre las primeras, se estudia la declaración obligatoria y la creación de dispensarios; entre las segundas, la penalización del contagio venéreo. Se expondrán las dificultades que las autoridades enfrentaron en la aplicación de estas leyes, los argumentos a favor y en contra, y algunos casos de denuncias por contagio.

El capítulo 4 está dedicado a la reglamentación prostibularia. Se presenta brevemente la normativa decimonónica para mostrar los cambios que supuso el reglamento de 1926. Se analiza cómo fue la aplicación de este reglamento y las resistencias que provocó. También se presentan los intentos del DSP por hacer una reglamentación federal y la resistencia que esto provocó. Se hace un repaso de las formas en las que algunos estados de la República mexicana enfrentaron la prostitución. Asimismo, se exponen los argumentos y las críticas esgrimidos para la abolición de la reglamentación.

La tercera parte trata acerca de “Propaganda y educación”. El capítulo 5 narra cómo fue la Campaña Nacional Antivenérea de 1927 y analiza el material que entonces difundió el DSP. Se tienen en cuenta tanto los contenidos, como algunas de las innovaciones técnicas incorporadas en la propaganda para lograr un mayor impacto en su difusión. El capítulo 6 estudia la propaganda después de la Campaña, la participación de la SEP y el DAPP. También analiza los debates sobre la educación sexual, los intentos por implementarla y las resistencias.

Finalmente, es importante señalar que a lo largo del texto se emplean algunas palabras que en la época se utilizaban para discutir los asuntos relacionados con la lucha antivenérea: *enfermedades venéreas, sífilítico(a), blenorragico(a), enfermo(a) venéreo, prostituta, meretriz, mujer pública, comercio carnal, raza, indio, indígena*. Su uso responde a un interés por comprender el problema estudiado en sus propios términos, sin caer en anacronismos. Sin embargo, no se desconoce que tales palabras entrañaban relaciones de poder y dominación que los mismos vocablos podían “eufemizar”.⁵⁴

⁵⁴ Scott retoma el término “eufemización” (euphemization) de Bourdieu para referirse a la parte del discurso público encaminado a enmascarar la dominación y oscurecer el uso de la coerción. SCOTT, *Domination and the Arts of Resistance*, pp. 53-55.

PRIMERA PARTE: LA NECESIDAD SOCIAL DE LA LUCHA ANTIVENÉREA

CAPÍTULO 1

¿Por qué una la lucha antivenérea?

La lucha antivenérea tras la Revolución mexicana fue asumida y promovida por el Estado porque las enfermedades venéreas fueron consideradas un problema social que ponía en riesgo el futuro de la nación y de *la raza*. Hubo entonces discursos “científicos” que justificaron las medidas sanitarias. La importancia social de las enfermedades venéreas y su relación con la “degeneración de *la raza*” hicieron parte de los principales argumentos que buscaban demostrar no sólo la necesidad, sino la urgencia de evitar por todos los medios posibles su propagación. La medicina, la higiene social y la eugenesia fueron referentes fundamentales para interpretar este problema de salud pública.

La lucha antivenérea no se limitó a las ideas, sino que con base en ellas, las autoridades sanitarias impulsaron la aprobación de leyes y la difusión de propaganda para prevenir los contagios. Esto fue posible gracias a un nuevo marco político, legal e institucional emanado de la Constitución de 1917 que dio facultades ejecutivas en todo el país a las autoridades sanitarias federales. De tal manera, los discursos “científicos” pudieron ir más allá del papel.

Importancia social de las enfermedades venéreas

“Por nosotros mismos y por los demás, debemos de luchar *todos* sin descanso para aniquilarla o disminuir sus terribles estragos. Combatir la sífilis significa honor y gloria.”¹

Las enfermedades venéreas fueron reconocidas cada vez más como un asunto de “todos”. En su discurso inaugural del Primer Congreso Mexicano de Venereología celebrado en 1924, el doctor Francisco Castillo Nájera² afirmaba que “*el país entero tiene la obligación*

¹ DE GARAY, “Apuntes sobre la profilaxia”, p. 197. Las cursivas son mías.

² Francisco Castillo Nájera (1886-1954) originario de Durango fue médico, escritor, poeta y diplomático. Hizo sus estudios en medicina en México y se especializó en París, Berlín, Bruselas y Nueva York. Fue Jefe del Departamento de Salubridad Pública en 1932. Perteneció a la Sociedad Médica Franco-Mexicana y a la Academia Nacional de Medicina, de la que fue presidente. *Diccionario Porrúa*.

de empeñarse en la lucha, pues la enmarañada raigambre se difunde por *todo* el subsuelo de la patria y los frutos del árbol del mal envenenan, más o menos directamente, a la *colectividad entera*".³ Las enfermedades venéreas no se limitaban a la persona contagiada, ni siquiera a su familia, sino que afectaban a la patria misma en su totalidad.

Las enfermedades venéreas representaban un desafío para las autoridades sanitarias, puesto que eran vistas como una amenaza que ponía en riesgo la estabilidad de la nación y dejaba en entredicho la capacidad de la sociedad no sólo de organizarse, sino incluso de "existir como un conjunto vinculado por relaciones de interdependencia".⁴ En este sentido, los padecimientos venéreos constituyeron un problema social que era urgente resolver y que sólo podía encontrar solución con la participación de "todos", pues finalmente se trataba de una obligación del "país entero".

Estos males, sin embargo, no fueron los únicos peligros que había que conjurar, y la lucha antivenérea no fue la única iniciativa de las autoridades sanitarias para conservar la salud. Otras enfermedades fueron igualmente temidas por sus consecuencias para el desarrollo del país. Este fue el caso, por ejemplo, de la tuberculosis y el alcoholismo, que junto con la sífilis fueron considerados los grandes azotes de la humanidad.

El carácter social de las enfermedades fue reconocido a partir del siglo XIX con el proceso de industrialización.⁵ Aunque con anterioridad se había considerado la influencia de factores ambientales en la propagación de las enfermedades, la idea de que las enfermedades eran *sociales* se desarrolló hasta dicho siglo. Los problemas relacionados con la industrialización, como la pobreza, el hacinamiento, la falta de agua y el desempleo llevaron a distintos estudiosos a valorar la relación entre las enfermedades y las condiciones de vida de la población. Estos problemas no eran en un sentido estricto, políticos ni económicos, pero mostraban contradicciones entre la organización política y el sistema económico.⁶ La propagación de algunas enfermedades fue vinculada a condiciones particulares como la falta o la contaminación del agua, la desnutrición, la suciedad, el

³ CASTILLO NÁJERA, "Discurso inaugural", p. 19. Las cursivas son mías.

⁴ CASTEL, *Las metamorfosis de la cuestión social*, p. 20.

⁵ ROSEN, *De la policía médica a la medicina social*.

⁶ CASTEL, *Las metamorfosis de la cuestión social*, p. 20.

hacinamiento, entre otras, y algunos padecimientos fueron identificados como propios de la pobreza.⁷

Aunque diversos médicos e higienistas en varias partes del mundo indagaron acerca de la relación entre las condiciones de vida y las enfermedades, fue de acuerdo con el médico e historiador George Rosen, en la Alemania revolucionaria de 1848 donde más claramente fue planteado el carácter social de la enfermedad y de la medicina. Médicos como Rudolf Virchow, Salomon Neumann y Leubuscher consideraban que la medicina era una ciencia social. Esto implicaba el reconocimiento de que la salud y la enfermedad concernían a toda la sociedad, que las condiciones sociales y económicas tenían un efecto en las patologías, y que por tanto las medidas tomadas debían tener un carácter médico y social.⁸

Las consideraciones acerca de “lo social” en la enfermedad fueron matizadas, y en ocasiones incluso desdeñadas después de los descubrimientos acerca de la etiología bacteriana de las enfermedades. Hubo planteamientos sobre la prevención de patologías que tenían como prioridad la destrucción de las bacterias, lo que en ocasiones podía lograrse por medio de desinfecciones, sin que cambiaran sustancialmente las condiciones de vida de la población.⁹

El enfoque “bacteriológico radical” que enfatizaba la destrucción de los microorganismos patógenos sin modificar necesariamente el ambiente que los producía y los favorecía, fue muy cuestionado desde las postrimerías del siglo XIX. Las ideas acerca de la trascendencia social de la enfermedad y la medicina fueron cada vez más sistemáticas. En este sentido fue relevante el concepto de “higiene social” propuesto por el médico alemán Alfred Grotjahn a inicios del siglo XX. Prefirió el término “higiene social” al de “medicina social” porque pensaba que este último era limitado.¹⁰ Grotjahn consideraba que la higiene social tenía un aspecto descriptivo y otro normativo, y que su estudio debía

⁷ Un ejemplo es el cólera. Tras las pandemias del “viajero del Ganges” a partir de 1817 numerosos estudios se encargaron de indagar acerca de su etiología y sus mecanismos de transmisión, hasta que las observaciones de médicos como el inglés John Snow mostraron la propagación del cólera y su relación con el agua contaminada. Snow, John, *On the Mode of Communication of Cholera*, 2ª ed., Londres, 1855.

⁸ ROSEN, *De la policía médica a la medicina social*, pp. 81-84.

⁹ ROSEN, *De la policía médica a la medicina social*, pp. 81-84. RODRÍGUEZ, “El concepto social de la enfermedad”, pp. 340-349.

¹⁰ ROSEN, *De la policía médica a la medicina social*, p. 115. Rosen señala que el término “medicina social” se acostumbraba para designar el sistema de seguro contra enfermedades que estableció Bismarck en 1883. Por ello y para evitar confusiones, Grotjahn prefirió hablar de “higiene social”.

incluir el análisis de la frecuencia y la forma de las enfermedades, su etiología biológica y social, su impacto en las condiciones de vida, la influencia del tratamiento médico y las medidas sociales para prevenir las enfermedades. Entre los aspectos que formaban parte de la higiene social estaban el trabajo, la nutrición, la vivienda, la degeneración y la higiene sexual. Asimismo, incluía el estudio de los asuntos relacionados con la salud de la infancia y la juventud.¹¹

En los Estados Unidos la higiene social fue objeto de numerosos estudios e incluso en 1914 fue creada en Nueva York The American Social Hygiene Association.¹² A diferencia del concepto propuesto por Grotjahn, la higiene social se especializó en los problemas de salud relacionados con la vida sexual de las personas.¹³ La higiene social fue considerada una parte de la Salud Pública encargada de dictar “medidas para que adultos y adolescentes lleven un vida sexual racional, es decir, que la función fisiológica acate estándares legales, morales y éticos.”¹⁴ Sus objetivos principales eran el “mejoramiento de la raza”¹⁵ y la “preservación de la familia, mejoramiento y enriquecimiento de la vida familiar.”¹⁶

La higiene social reconoció que la sexualidad implicaba funciones mentales, corporales y espirituales. Por ello, tenía en cuenta los aportes de la medicina, la biología, la eugenesia, la psicología, las leyes e incluso la religión.¹⁷ Además, desarrolló dos puntos de vista: uno correctivo y otro profiláctico. El primero se encargaba de reconocer la situación imperante y “destruir los males existentes”, en tanto que el profiláctico buscaba alcanzar el ideal de mejoramiento de la humanidad.¹⁸

Los planteamientos de la higiene social fueron conocidos en México y considerados en las propuestas para la lucha antivenérea durante la primera mitad del siglo XX. Entre las conclusiones aprobadas por la Asamblea General del Primer Congreso Mexicano de Venereología estuvo la recomendación de constituir “un Consejo Nacional de Higiene

¹¹ ROSEN, *De la policía médica a la medicina social*, pp. 113-118.

¹² Actualmente se llama American Social Health Association. <http://www.ashastd.org/>

¹³ Newsholme, “The Moral Aspects of Social Hygiene”, p. 513.

¹⁴ CUMMING, “Social Hygiene and Public Health”, p. 65.

¹⁵ CUMMING, “Social Hygiene and Public Health”, p. 66.

¹⁶ EXNER, “What is ‘Social Hygiene’?”, p. 65.

¹⁷ SWITALLA, “The Aims and Achievements of Social Hygiene”, p. 2.

¹⁸ SWITALLA, “The Aims and Achievements of Social Hygiene”, p. 3.

Social, para que colabore con todas las autoridades del país en la campaña antivenérea.”¹⁹ Aunque dicho Consejo no llegó a erigirse, los planteamientos de la higiene social en México siguieron presentes. *Salubridad*, el órgano de difusión del Departamento de Salubridad Pública, publicó un artículo relativo a la “campaña pro higiene social”²⁰ y otros más, como se verá a lo largo de esta investigación, que aunque no siempre hablaban explícitamente de la higiene social, tuvieron esta misma perspectiva.

La trascendencia de la sífilis y la gonorrea para la sociedad fue reconocida desde el siglo XIX. “El primer impulso por el que la atención del mundo entero se fijó en la importancia social de las enfermedades venéreas” fue de acuerdo con el doctor Ricardo Cícero, la Conferencia Internacional de Enfermedades Venéreas celebrada en Bruselas en 1899. Tres años después se reunió también en Bruselas la Segunda Conferencia, en la que Cícero fue como representante oficial de México.²¹

La Primera Guerra Mundial hizo evidente la necesidad de impulsar campañas contra las enfermedades venéreas.²² La incidencia de tales males entre los soldados generó bajas y costos importantes entre las tropas de los ejércitos contendientes. Y al regresar del campo de batalla, los militares enfermos llevaron el padecimiento a sus hogares.²³ La Gran Guerra había favorecido una epidemia que no dejaba nación indemne. Las autoridades de distintos países reportaban que entre el 5% y el 20%, o incluso hasta el 90% de la población general al interior de sus fronteras era sifilítica.²⁴ Más allá de la precisión o imprecisión de estos datos, destaca la percepción cada vez más difundida entre las autoridades sanitarias alrededor del mundo de que “la humanidad entera está tocada por este temible mal que no conoce frontera, que ataca a todas las razas y que hace estragos en todos los climas”.²⁵

La preocupación por las enfermedades venéreas en el mundo durante las primeras décadas del siglo XX fue tal, que para 1923 los gobiernos, las Sociedades de la Cruz Roja y organizaciones antivenéreas de varios países fundaron la Unión Internacional Contra el

¹⁹ POUS CHÁZARO, “Informe del Secretario General del Congreso”, p. 37.

²⁰ OJEDA, “Campaña pro higiene social”, pp. 517-20.

²¹ CÍCERO, “El papel del médico en la campaña antivenérea”, p. 226.

²² LORD, *A Condom Nation*, pp. 28-38. BRANDT, *No Magic Bullet*, pp. 52-92.

²³ CAVAILLON, *Les législations antivénériennes*. Durante 1918 se reportó que casi el 13% de los reclutas admitidos al ejército norteamericano padecían enfermedades venéreas. BRANDT, *No Magic Bullet*, p. 77.

²⁴ CAVAILLON, *Les législations antivénériennes*, p. 24. El autor no detalla los porcentajes ni abunda en sus fuentes de información. En cuanto a los porcentajes se limita a decir que de acuerdo con “las autoridades sanitarias de ciertas colonias” hasta el 90% de la población estaba enferma de sífilis.

²⁵ CAVAILLON, *Les législations antivénériennes*, p. 24.

Peligro Venéreo. Esta tenía el objetivo de promover un plan conjunto en la lucha antivérea a través de la investigación y la promoción de medidas profilácticas y legislativas.²⁶ Así, se acordaron distintas resoluciones en cuanto a la vigilancia de la migración, de las fronteras y de los puertos, la propaganda sanitaria y la prostitución.²⁷ México suscribió el “Acuerdo de Bruselas” firmado en 1924 y promovido por esta Unión, que trataba acerca de las facilidades a los marinos para el tratamiento de enfermedades venéreas.²⁸

Para los médicos y las autoridades sanitarias era evidente que la vida sexual de las personas tenía una trascendencia más allá de su intimidad y que las enfermedades venéreas eran un problema social. Pero, ¿en qué sentido las enfermedades venéreas eran “sociales”? ¿Cómo las condiciones de vida podían influir en su propagación y cómo la sífilis y la blenorragia podían repercutir a su vez en la sociedad?

A diferencia de enfermedades como el cólera o el tifo, las venéreas no eran propias “de la pobreza”, sino que afectaban a todas las clases sociales. Su propagación, por ser principalmente por la vía sexual, no tenía como condición necesaria o indispensable el acceso limitado o nulo a servicios públicos sanitarios o médicos. Sin embargo, estas carencias podían favorecer los contagios, así como obstaculizar la detección y el tratamiento oportunos. Por ejemplo, la falta de agua dificultaba el aseo en general y en particular de los genitales, que era tan recomendado por los médicos, en especial antes y después del coito para prevenir las enfermedades venéreas y otras infecciones genito-urinarias que a la postre podían confundirse o enmascarar padecimientos venéreos. Aunque desde el siglo XIX hubo intentos por llevar agua potable a los hogares,²⁹ el acceso a este servicio era desigual y para 1947 se estimaba que sólo un 23% de la población del país tenía acceso al agua potable de tubería.³⁰

La miseria también fue reconocida como un factor que podía incidir en la propagación de enfermedades venéreas debido a que no era raro que mujeres que vivían en tales condiciones se involucraran en el “comercio carnal”. Las hambrunas y la escasez

²⁶ NARA, LRCS, Container 36.

²⁷ CAVAILLON, *Les législations antivénériennes*, pp. 12-15.

²⁸ AHSSA, SP, SJ, c. 3, exp. 17.

²⁹ AGOSTONI, *Monuments of Progress*, pp. 115-122.

³⁰ ABOITES, “La ilusión del poder nacional. La provisión de agua y alcantarillado”, p. 195.

provocadas en buena medida por la guerra de la Revolución llevaron a jóvenes a prostituirse a cambio de comida o de hospedaje.³¹

Aunque las condiciones materiales en las que vivía la gente podían favorecer los contagios, los médicos, los eugenistas y las autoridades sanitarias los atribuían más frecuentemente a la ignorancia. Si la limpieza corporal era deficiente, si los síntomas eran pasados por alto o si la consulta era con charlatanes, se atribuía sobre todo a la falta de conocimientos sobre higiene sexual, común tanto entre pobres como entre ricos, debido a una “moral mal orientada”.³²

La importancia social de las enfermedades venéreas radicaba más que en sus causas, en sus efectos y sus consecuencias: la degeneración de *la raza*, la herencia de taras físicas, la ceguera, la disminución de la población por los abortos, la afectación de la fuerza de trabajo por incapacidad y los gastos generados para la curación de pacientes venéreos.

A fin de valorar el impacto social de las enfermedades venéreas en la población, los estudiosos del tema constantemente apelaron a la utilidad de las estadísticas. En México fue reconocida la importancia de las estadísticas³³ y no faltaron los intentos por tratar de conocer la morbilidad y la mortalidad causadas por las enfermedades venéreas. El Dr. Bernardo Gastélum,³⁴ como representante de México ante la Primera Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad Pública de las Repúblicas Americanas celebrada en 1926, propuso la *obligación* de los países representados de remitir a la Oficina Sanitaria Panamericana “una estadística que formarán sobre los enfermos de sífilis, que nos permita conocer exactamente la importancia que tiene este padecimiento en América y su significación en los recursos económicos del Estado.”³⁵

A pesar de su reconocida importancia, los registros eran incompletos. La falta de datos más precisos obedeció no sólo a las limitaciones técnicas o metodológicas, sino

³¹ BLISS, *Compromised Positions*, p. 71. El tema de la prostitución es analizado en el capítulo 4.

³² CORREA, “Cómo debe impartirse la educación sexual en nuestro medio”, p. 237.

³³ La necesidad “apremiante” de contar con estadísticas no se limitaba al ámbito de la salud. El registro estadístico de la población, el comercio, el trabajo, la alfabetización, la existencia de recursos naturales, etc. fue considerado de gran importancia para la administración pública. *México en cifras*.

³⁴ Bernardo Gastélum (1884-1981). Nació en Culiacán Sinaloa. En 1918 participó en la fundación de la Universidad de Occidente en su estado natal. Se graduó de médico en la Universidad Nacional en 1920. Fue embajador en varios países, entre ellos Uruguay, Paraguay, Italia y Hungría. Fue subsecretario de Educación y jefe del DSP. Incursionó en la literatura y colaboró en la fundación de la revista *Contemporáneos*. OCAMPO (dir.), *Diccionario de escritores mexicanos*, pp. 150-151.

³⁵ *Actas de la Primera Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad Pública de las Repúblicas Americanas*, p. 252.

también a las características mismas de las enfermedades venéreas y su connotación “vergonzosa”. Entre “las causas de error” de las estadísticas estaba la carencia de reportes por parte de los médicos y la falta de precisión en los registros debido a que los enfermos que abandonaban su tratamiento o lo reanudaban con otro médico, no daban aviso.³⁶ Por otra parte, el carácter “secreto” de estas enfermedades llevaba a ocultarlas, y los eufemismos para referirse a la sífilis como “mal de la sangre” no hacían sino disfrazar el diagnóstico. De tal manera, no todos los casos quedaban registrados.

Thomas Parran y Linda Usilton de la American Social Hygiene Association propusieron analizar la prevalencia, la mortalidad y los costos generados por la gonorrea y la sífilis para determinar la extensión del problema en los Estados Unidos.³⁷ Estas variables resultan de utilidad para indagar el contexto mexicano en las décadas de 1920 y 1930. Con ello no se pretende dar cuenta de la cantidad de personas que padecieron y murieron por causa de las enfermedades venéreas, sino señalar que a pesar de que no se contaba con información más completa, o quizá en parte por eso mismo, los médicos mexicanos asumieron que las enfermedades venéreas atacaban a buena parte de la población. Esta convicción y las ideas de la eugenesia acerca de tales enfermedades reforzaron la necesidad social de la lucha antivenérea.

La prevalencia³⁸ de la sífilis y la gonorrea, de acuerdo con Parran y Usilton, se expresaba de diversas formas: por los casos existentes en un tiempo determinado, la tasa anual de incidencia de nuevos casos, el porcentaje de población que tenía o había tenido la infección y la proporción de estas enfermedades con respecto a otros padecimientos. Estos datos podían clasificarse según la edad, el sexo, el color de la piel, entre otros. Ante la dificultad de recabar esta información, el parecer de los estudiosos norteamericanos era “que nunca se sabrá con precisión la prevalencia, pero eso no significa que se dejen de hacer esfuerzos por procurar este conocimiento.”³⁹ Con base en estudios sobre poblaciones

³⁶ AHSSA, SSA, Subsecretaría SSA, c. 7, exp. 1. SÁMANO, “Análisis crítico de las campañas contra la tuberculosis y contra la sífilis en México”.

³⁷ PARRAN y USILTON, “The Extent of the Problem of Gonorrhoea and Syphilis”, pp. 31-42.

³⁸ Actualmente, la prevalencia se define como “una medida de la frecuencia de la enfermedad; de hecho, una medida de la frecuencia de cualquier tipo de condición de salud, la exposición, u otro factor relacionado con la salud (Vg. la prevalencia de la depresión, del hábito de fumar): el número total de individuos que tienen la condición (Vg., enfermedad, exposición, atributo) en un momento determinado (o durante un período particular) dividido por la población en riesgo de tener la condición en ese momento o durante el período”. PORTA (ed.), *A Dictionary of Epidemiology*.

³⁹ PARRAN y USILTON, “The Extent of the Problem of Gonorrhoea and Syphilis”, pp. 31-42.

de más de 17 millones de habitantes y considerando que la prevalencia fuera igual en todo el país, Parran y Usilton llegaron a la conclusión de que para 1930 había en los Estados Unidos 643,000 sifilíticos y 474,000 enfermos de gonorrea con tratamiento. La prevalencia era mayor entre los varones,⁴⁰ entre los negros y entre personas de 20 a 24 años para gonorrea y de 35 años para la sífilis.⁴¹

En México existen algunos cálculos que trataban de reflejar la prevalencia de las enfermedades venéreas en la sociedad. A decir del entonces jefe del DSP Gastélum, para 1926 el 50% de la población de la capital mexicana y el 60% de la nacional padecía sífilis. Estos datos correspondían —afirmaba Gastélum— a “una estadística que hemos formado durante los últimos 15 años”, que no obstante los esfuerzos, resultaba todavía “muy deficiente” porque la sífilis no era una enfermedad de declaración obligatoria. Aunque la afirmación de Gastélum era categórica, no dejaba en claro la metodología ni brindaba más detalles sobre los estudios realizados. Estos datos deben tomarse con cautela, pues como anota Katherine Bliss, los higienistas probablemente dedujeron los porcentajes de los estudios de sangre realizados en los dispensarios, lo cual podía dar resultados sesgados en virtud de que las personas que en ellos se atendían eran precisamente las que sabían o sospechaban que padecían estos males y buscaban tratamiento.⁴² Por ello, las cifras se antojan exageradas y resulta difícil suponer que más de la mitad de la población del país estaba enferma de sífilis. Esta información más que ser un reflejo de la realidad, mostraba las preocupaciones y angustias de las autoridades sanitarias, que para entonces preparaban una campaña nacional antivenérea sin precedentes.⁴³

Otras estadísticas daban cuenta de la cantidad de enfermos en la sociedad mexicana. El médico militar Ernesto Fernández Talledo estudió la blenorragia en el ejército. En el año de 1923 fueron atendidos 18,400 blenorragicos, en un ejército de 90,000 soldados, es decir, el 20.4%. Esto —decía Fernández— era un “pálido reflejo de la verdad”, pues encontró una brigada en la que desde el general en jefe hasta los individuos de tropa tenían blenorragia,

⁴⁰ Esta diferencia, —afirmaban los autores— era más aparente que real, puesto que las diferencias entre el cuerpo de los hombres y de las mujeres hacía que fuera más difícil detectar la lesión inicial en ellas. Además, el aumento de flujo vaginal no llevaba necesariamente a las mujeres a buscar tratamiento. PARRAN y USILTON, “The Extent of the Problem of Gonorrhoea and Syphilis”, p. 34.

⁴¹ PARRAN y USILTON, “The Extent of the Problem of Gonorrhoea and Syphilis”, pp. 33-35.

⁴² BLISS, “The Science of Redemption”.

⁴³ La Campaña Nacional Antivenérea de 1927 es analizada en el capítulo 5.

en un total de 175 enfermos. Por ello afirmaba que “en males venéreos nuestro ejército supera a cualquier otro en todo el mundo.”⁴⁴

“Según las estadísticas”, para 1930 la blenorragia era uno de los padecimientos que con más frecuencia se adquirían en la adolescencia. Después del sarampión, era la enfermedad que a más personas afectaba.⁴⁵ De acuerdo con el DSP, el 30% de los jóvenes entre 15 y 30 años de edad, tenía sífilis.⁴⁶ La prevalencia de enfermedades venéreas entre los jóvenes era preocupante. Asimismo, lo era el porcentaje de niños con sífilis ingénita. Había estadísticas que señalaban que durante el primer lustro de 1930, del total de nacimientos atendidos por el personal del Servicio de Higiene Infantil del DSP, el 11.78% estaba afectado por la sífilis.⁴⁷

En 1936 fue creada la Oficina General de Epidemiología como un organismo técnico del DSP.⁴⁸ Según el *Boletín Epidemiológico* publicado por dicha Oficina, en 1937 hubo en México 32,685 casos de sífilis y 26,430 de blenorragia. El coeficiente de morbilidad (número de enfermos por 100,000 habitantes) era de 144.60 para la gonorrea y de 178.82 para la sífilis. Los estados con mayor número de casos de blenorragia fueron Veracruz, Michoacán y Nuevo León, y para la sífilis, Veracruz, Michoacán y Coahuila.⁴⁹ Aunque estos datos seguían siendo preocupantes, contrastaban con los presentados por Gastélum en 1926.

Para 1944 la situación no había mejorado. Considerando las estadísticas provenientes de dispensarios y hospitales, de varios grupos de trabajadores en México, de un grupo de trabajadores que fueron a Estados Unidos, del ejército y de los certificados de defunción en México, se obtuvieron los siguientes datos: 39,878 enfermos de nuevo ingreso, de los cuales, 12,814 fueron dados de alta por curación, 11,727 abandonaron el tratamiento y de estos últimos sólo 4,896 regresaron a él.⁵⁰

⁴⁴ FERNÁNDEZ, “La blenorragia en el ejército”.

⁴⁵ GÓMEZ JAUREGUI, “Anotaciones prácticas acerca de profilaxis de las enfermedades venéreas”, p. 576. El autor no especifica a qué estadísticas se refiere ni cita datos al respecto.

⁴⁶ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 6.

⁴⁷ SOTO, “Algunas consideraciones sobre sífilis ingénita”, p. 220.

⁴⁸ El *Boletín Epidemiológico* inició sus publicaciones en 1937. “Primer Aniversario”, p. 244.

⁴⁹ Las enfermedades con coeficientes más altos fueron el paludismo con 705.64 y la disentería con 103.53. “Casos y coeficientes de morbilidad”, pp. 271-278.

⁵⁰ AHSSA, SSA, Subsecretaría SSA, c. 7, exp. 1. SÁMANO, “Análisis crítico de las campañas contra la tuberculosis y contra la sífilis en México”.

El número de muertes provocadas por las enfermedades venéreas también fue un motivo de gran preocupación, principalmente cuando las víctimas eran niños o cuando los embarazos no llegaban a término por causa de la sífilis. Según comentaba en 1924 el médico obstetra Isidro Espinosa y de los Reyes,⁵¹ “en México, en sólo tres años, se han registrado 5,965 fallecimientos de niños por sífilis; es decir, algo pavoroso que justifica en cualquier momento, toda labor en contra del desarrollo de los males venéreos.”⁵²

De acuerdo con el Dr. Gastélum, entre 1916 y 1925 fueron registrados 2,496 decesos por sífilis en México, con una tendencia ascendente cada año, que fue de 195 al inicio de este periodo hasta 368 en 1925.⁵³ En contraste, las enfermedades que provocaban la mayor cantidad de decesos eran los padecimientos respiratorios y gastrointestinales. Tan sólo la neumonía, la diarrea y la enteritis ocasionaron más de 200,000 muertes en todo el país entre 1921 y 1925.⁵⁴ Hubo en cambio, 1,375 defunciones por enfermedades venéreas en ese mismo periodo.⁵⁵ En años posteriores, la mortalidad registrada fue la siguiente:

⁵¹ El doctor Espinosa (1887-1951) nació en Tula, Hidalgo y estudió en la Escuela Nacional de Medicina. Se especializó en ginecología y fue profesor de higiene infantil y más tarde de técnicas de Trabajo Social. Fue nombrado director del primer Centro de Higiene en 1922 y en 1929, jefe del Servicio de higiene Infantil del Departamento de Salubridad, del que renunció en 1932 por “desacuerdo en varias acciones, como el manejo de la provisión de leche para los niños”. Formó parte del comité ejecutivo de la Asociación Nacional de Protección a la infancia. En 1930 participó en la fundación de la Sociedad Mexicana de Pediatría (luego la Sociedad Mexicana de Puericultura). ESPINOSA, “Datos biográficos del Dr. Isidro Espinosa de los Reyes”.

⁵² ESPINOSA Y DE LOS REYES, “El mejor tratamiento de las embarazadas sifilíticas”, p.30.

⁵³ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”. Gudiño, “Campañas de salud y educación higiénica en México”, pp. 9-10.

⁵⁴ 133,651 muertes fueron ocasionadas por la neumonía, y 109,294, por la diarrea y la enteritis. BUSTAMANTE, *La coordinación de los servicios sanitarios*, cuadro n. 6.

⁵⁵ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 17.

Mortalidad en México, 1926-1936

Año	Defunciones por sífilis	Defunciones por gonorrea	Principales causas de defunción
1926	1,776	30	Tuberculosis: 9,101
1927	1,416	47	Tuberculosis: 9,421
1928	1,436	34	Tuberculosis: 9,750
1929	1,610	26	Tuberculosis: 9,944
1930	1,837	60	Tuberculosis: 10,125
1931	1,612 (congénita) 37 (adquirida) 497 (no especificada)	56	Tuberculosis: 10,536
1932	1,642 (congénita) 22 (adquirida) 488 (no especificada)	72	Tuberculosis: 10,372
1933	1,668 (congénita) 2 (adquirida) 525 (no especificada)	68	Tuberculosis: 9,827
1934	2,229	-	Paludismo: 24,491
1935	2,266	-	Paludismo: 22,784
1936	2,325 de los cuales morían 1,620 menores 1 año 155 entre 1-4 años 47 entre 5-14 años 17 entre 15-19 años 228 entre 20-39 años 170 entre 40-59 años 88 de más de 60 años	-	Paludismo: 24,596

Los datos relativos a los años de 1926 a 1933 fueron los proporcionados por la Dirección General de Estadística y publicados en ECHALAZ, *Breves consideraciones sobre el estado actual de la salubridad*, pp. 8-9. Los datos de 1934 a 1936 fueron tomados del *Boletín epidemiológico*, año I, 1:12 (1938), p. 261.

Aunque no en todos los años fue registrada la mortalidad según el grupo etario, los datos que indican la edad al morir o el tipo de sífilis (congénita o adquirida) sugieren que buena parte de los decesos por dicha enfermedad eran debidos a la transmisión de los padres a los hijos. Esto reforzaba la idea de la necesidad urgente de llevar a cabo acciones sanitarias de prevención.

La cantidad de muertos por enfermedades venéreas se puede contrastar con aquella de las principales causas de defunción a fin de mostrar que la mayor preocupación que

generaba la mortalidad, principalmente por sífilis, no era tanto por la cantidad de muertes en sí, sino por lo que estas significaban: “degeneración de *la raza*”, disminución de la esperanza de vida y crecimiento poblacional lento que repercutían en la productividad del país.

El reconocido sifilógrafo argentino Ángel M. Giménez afirmaba que la mortalidad por sífilis podía no ser elevada, pero la cantidad de enfermedades que provocaban la muerte y que a su vez eran producidas por la sífilis, resultaba “pavorosa”. Entre tales enfermedades se encontraba el raquitismo, el cáncer, las tabes, la parálisis, entre otras.⁵⁶ Aunque resulta imposible precisar cuándo la sífilis estaba “detrás”, queda de manifiesto que el peligro venéreo se percibía como algo real y latente. Aun cuando en los registros de defunciones no figuraran grandes cifras, la cantidad de personas afectadas por la sífilis seguía siendo “pavorosa”.

Respecto a la mortalidad, también es necesario considerar las dificultades que los registros de los decesos generaban, como la posible falta de precisión al señalar la causa de muerte. Aunque los registros debían realizarse conforme a la Nomenclatura Internacional, las estadísticas reportaban “causas de defunción no especificadas o mal definidas” que representaban el 22.1% antes de 1930. Según la Dirección General de Estadística este porcentaje disminuyó al 11.5% gracias a las equivalencias elaboradas entre los nombres científicos y los vulgares.⁵⁷

La mortalidad y morbilidad de las enfermedades venéreas generaban pérdidas económicas. Estas se reflejaban de acuerdo con Parran y Usilton, en la incapacidad para el trabajo, que podía ser parcial o total, la reducción de la esperanza de vida de las personas, la pérdida de poder adquisitivo (salario), así como el costo médico y de la atención hospitalaria. Calculaban que tan sólo en atención médica cada año se gastaban más de 26 millones de dólares en los Estados Unidos: 15 en pacientes venéreos ambulatorios y más de 11 en hospitalización.⁵⁸

⁵⁶ GIMÉNEZ, “La lucha antivenérea en la República Argentina”. El comité nacional mexicano participante en este congreso estuvo representado por Presidente honorario: Dr. Regino González, Presidente efectivo: Jesús González Urueña, Vicepresidente Ricardo E. Cícero.

⁵⁷ *México en cifras*, p. 23.

⁵⁸ PARRAN y USILTON, “The Extent of the Problem of Gonorrhoea and Syphilis”, p. 41.

En México también se estimaban pérdidas económicas por causa de las enfermedades. “¿Cuánto vale un mexicano?” se preguntaba un articulista de *El Universal*. Según sus cálculos, para 1932 el producto anual de una persona en México era de \$1,282.00.⁵⁹ De acuerdo con el Dr. Miguel Bustamante,⁶⁰ debido a la enfermedad se dejaban de generar \$2,820,400,000.00 anuales, considerando la morbilidad general y suponiendo que cada mexicano incapacitado que dejaba de trabajar produjera la mitad de lo que expresaba el citado artículo de *El Universal*.⁶¹ Aunque estas cifras no refieren exclusivamente a las venéreas, dan una idea de la conciencia del impacto de las enfermedades en la economía.

El Dr. Alfredo Saavedra afirmaba que “el Estado debe considerar el valor del individuo como representación de la fuerza económica... representa siempre un capital de valor social o un valor económico negativo en relación a su consumo o parasitismo en hospitales, asilos o prisiones.”⁶² A partir de la década de 1920 aumentaron los dispensarios antivenéreos, que con presupuesto público atendían gratuitamente a los enfermos. Aunque es difícil precisar los costos que estos establecimientos generaban, debe considerarse que médicos como Saavedra eran conscientes de los gastos generados por enfermedades que se podían evitar. Los tratamientos, las pruebas de laboratorio, el personal médico y administrativo, la papelería, la renta o compra y el mantenimiento de los inmuebles destinados a la atención médica, todo tenía costos.

Las enfermedades venéreas menguaban la población y su fuerza productiva. Por ello, la importancia social de las enfermedades venéreas también se valoraba por la presencia de los que denominaban “inútiles para el mundo”⁶³, es decir, quienes no sólo no producían, sino que ocupaban los recursos generados por aquellos que sí lo hacían. Esta situación quedó evidenciada en diversos ejércitos alrededor del mundo durante la Primera

⁵⁹ *El Universal* de 13 de enero de 1932, citado por BUSTAMANTE, *La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales*.

⁶⁰ El doctor Miguel Bustamante fue el primer mexicano en doctorarse en Higiene en la Universidad Johns Hopkins en 1928. RODRÍGUEZ y PÉREZ, “Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX”, pp. 293-310.

⁶¹ *El Universal* de 13 de enero de 1932, citado por BUSTAMANTE, *La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales*.

⁶² SAAVEDRA, *Eugenésia y medicina social*, pp. 72-73. Aunque el Dr. Saavedra afirma esto para referirse al “problema social de la tuberculosis”, bien puede considerarse también para otras enfermedades, como las venéreas.

⁶³ CASTEL, *La metamorfosis de la cuestión social*.

Guerra Mundial.⁶⁴ Con la guerra se dieron cuenta que había una “porción inmensa, inútil para acudir al llamado de la patria”, porque los cuerpos juveniles de los “aparentes Hércules” estaban “invadidos por la peste roja (la sífilis)”.⁶⁵

El reconocimiento del carácter *social* de las enfermedades venéreas favoreció los discursos que abogaban por el control de las acciones de la gente que pudieran representar algún riesgo de transmisión. Desde fines del siglo XIX y sobre todo tras la Revolución mexicana, médicos, higienistas, abogados y eugenistas plantearon una serie de medidas que, a nombre del interés social, autorizaban a estos “expertos” a intervenir aún en los aspectos más íntimos de la vida de las personas, si estos involucraban la posibilidad del contagio venéreo. De tal manera, la sexualidad, las relaciones sexuales, la elección de pareja, el matrimonio, el parto, la alimentación de los infantes, el cuidado de los niños, la educación y la prostitución fueron algunos de los aspectos que se debían regular.

Los estudiosos de este tema coincidían en la importancia social de las enfermedades venéreas, aunque hubo diferentes opiniones en cuanto a las medidas sanitarias pertinentes para su prevención y curación. Uno de los temas que más controversia causó fue hasta dónde la coerción resultaba efectiva y cuándo era mejor insistir únicamente a través de la persuasión.⁶⁶ Obligar y convencer no fueron sin embargo una disyuntiva: la cuestión era saber cómo persuadir y cuándo era oportuno forzar a las personas a acatar las disposiciones sanitarias. Esta preocupación estuvo presente en los debates sobre las medidas sanitarias concretas como la obligatoriedad del certificado médico prenupcial, la penalización del contagio venéreo o la reglamentación de la prostitución, entre otras. Sin embargo, no se cuestionó la *necesidad social* de regular desde un punto de vista médico, eugénico e higiénico la sexualidad de la población.

La medicina, la eugenesia y la higiene dieron sustento y justificaron tales medidas sanitarias. La “ciencia” fue el tipo de conocimiento al que se apelaba para educar y legislar: sus preceptos debían guiar la conducta de los individuos. Atrás debían quedar las nociones de pecado, vergüenza, los prejuicios y la gazmoñería. Después de la Revolución, médicos y eugenistas expresaron que no era al pecado o al “castigo divino” a lo que había que temer,

⁶⁴ BRANDT, *No Magic Bullet*.

⁶⁵ CASTILLO NÁJERA, “Discurso Inaugural”, p. 18.

⁶⁶ CARRILLO, “De la sífilis al sida”. GUDIÑO, “Campañas de salud y educación higiénica en México”.

sino a las taras y la degeneración de *la raza*. Si bien las autoridades sanitarias enfatizaban el carácter científico y racional de las medidas tomadas en la lucha antivenérea, la moral también formó parte de ella, como se verá en los siguientes capítulos.

Los esfuerzos por desligar los problemas generados por las enfermedades venéreas de los discursos religiosos también respondieron en México a un contexto de conflictos entre la Iglesia y el Estado, que tuvieron lugar de forma importante tras los años de guerra de la Revolución.⁶⁷ Si con anterioridad se había reconocido cierta utilidad de los mandatos religiosos ahí donde no entraba la razón, en los discursos científicos mexicanos después de la Revolución, tales argumentos ya no tenían cabida.

En 1909 el médico mexicano R. Ortega de la Academia Nacional de Medicina afirmaba que “muchos preceptos religiosos han sido poderosos coadyuvantes de los higiénicos, sobre todo en las épocas primitivas”. Así, “el cumplimiento del sexto (mandamiento, es decir, “no fornicarás”) es suficiente para alejar de los humanos el 99% de las probabilidades de pagar tributo a la peste moderna (la sífilis)”.⁶⁸ Para 1924, en cambio, el Dr. Francisco Castillo Nájera en su citado discurso inaugural del Congreso de Venereología abogaba por una campaña “racional y enérgica”, “lejos de las ideas y temores medievales del pecado de la carne, promovidas por asociaciones religiosas”.⁶⁹

Para médicos, eugenistas y autoridades sanitarias era claro que *la ciencia* debía guiar la conducta de las personas, pero la cuestión era “¿Qué hacer y por qué medio obrar sobre el individuo, y llevarlo a que arregle su vida íntima, según las reglas de una higiene racional?”.⁷⁰ La prioridad en este proceso no eran las leyes, ni la coerción, sino la interiorización de esas normas por el convencimiento y la educación, o en el peor de los casos, por el temor a las consecuencias de las enfermedades venéreas. En este sentido, la forma en que este saber-poder pretendía regular la conducta de los individuos era más compleja y múltiple.⁷¹ Aunque la regulación sanitaria para el control de las enfermedades venéreas se apoyó en la legislación y en algunas instituciones estatales para su cumplimiento, el saber y el ejercicio de poder implícitos en ellas no se limitaron a la ley.

⁶⁷ Sobre los conflictos entre el Estado y la Iglesia consúltese, MEYER, *La Cristiada*.

⁶⁸ ORTEGA, “Profilaxis venérea”, p. 312.

⁶⁹ CASTILLO NÁJERA, “Discurso Inaugural”, p. 20.

⁷⁰ MONJARÁS, “Acción del individuo, de la sociedad y del gobierno en la profilaxis de las enfermedades venéreas”, p. 249.

⁷¹ FOUCAULT, *Historia de la Sexualidad*.

No se trataba de que el Estado y sus instituciones sometieran a la población a través de sus leyes, sino que hubiera formas de regular la conducta en diversos niveles, sin que necesariamente mediara una autoridad estatal o sanitaria. Gracias a la educación se pretendía lograr que los individuos asumieran su responsabilidad personal, que ellos fueran capaces en primer lugar de lograr disciplinar su cuerpo y asumir la importancia del consejo médico. Por otra parte, también se buscaba que fueran capaces de reconocer y exigir la salud de las personas con las que se tuviera una relación que implicara riesgo de contagio. Así, el control del estado de salud de los demás debía ir más allá de la institucionalidad y las leyes para convertirse en un asunto de “todos”. El certificado médico debía ser exigido en primer lugar por los contrayentes o por los padres del infante y la nodriza; la “inspección médica” de los genitales propios y de la pareja debían realizarla en primera instancia los involucrados en el coito, como las prostitutas y sus clientes.

Los intentos por hacer que el individuo “arreglara su vida íntima, según las reglas de una higiene racional” no estuvieron exentos de dificultades. Se reconocieron como obstáculos la ignorancia, los prejuicios, las malas costumbres, la falta de higiene y de responsabilidad. A ello se sumaban las pésimas condiciones materiales en las que vivían miles de personas y la falta de acceso a servicios básicos como el agua potable y el alcantarillado.

El conocimiento médico sobre las formas de prevención, los signos y síntomas, así como las consecuencias de estos males debían difundirse por todos los medios disponibles y ser de dominio de “todos”. Así, la gente sería capaz no sólo de impedir la propagación y detectar oportunamente la enfermedad, también sabrían sujetarse a la dirección médica. Esta debía orientar a la población constantemente.

En materia de salubridad como en otras muchas materias, la “opinión pública” es tan nebulosa y genérica que bien puede decirse que el pueblo no sabe lo que quiere... el técnico es el único capacitado para saber qué es lo deseable... él conoce el valor de la salud y sabe cómo puede obtenerse.⁷²

La labor del médico debía estar constantemente presente en la cotidianidad de las personas. “El médico tiene en sus manos la dirección de la vida de la especie, tócale a él en primer

⁷² MIRANDA, Sin título, *Salubridad*, 5:1 (1934), p. 7.

lugar hacer una obra de cultura educacional, tócale a él, más próximo a la biología, destruir errores, desvanecer supersticiones, acallar el grito del escándalo”.⁷³

Según los discursos médicos, en la salud el médico ayudaría a conservarla y fomentarla, apoyaría la educación sexual, sugeriría la pertinencia del matrimonio según la edad y estado físico de los contrayentes, y aconsejaría la elección de la nodriza. En caso de enfermedad, sólo los científicos expertos debían estar a cargo de la curación. Con la educación se pretendía que ante la sospecha de la presencia del mal, el “atacado” se olvidara de los charlatanes y sus remedios y acudiera con un médico titulado.

Los conocimientos médicos y científicos resultaban entonces “imprescindibles”⁷⁴ para enfrentar el problema social de la sífilis y la gonorrea. La eugenesia formó parte de ese saber “científico” que enfatizaba el carácter social de las enfermedades venéreas y que abogaba por enfrentarlas por todos los medios disponibles.

La eugenesia en México

El “peligro venéreo” no sólo se percibía en los estragos que ocasionaban en los cuerpos enfermos, sino también en el angustioso “porvenir de *la raza*”. La lucha antivenérea no sólo era necesaria, sino urgente. Debían multiplicarse los “esfuerzos para poner un dique a la onda nauseabunda que, a no detenerla, arrastraría *la raza entera*, para sepultarla en la ciénaga de la invalidez física y en el abismo del aniquilamiento moral.”⁷⁵

La preocupación por *la raza* y su degeneración fue expresada en México durante las últimas décadas del siglo XIX. Entonces diversas teorías y corrientes de pensamiento como el darwinismo, el positivismo⁷⁶ y el degeneracionismo⁷⁷ influyeron en intelectuales y médicos mexicanos, quienes consideraron que la “homogenización racial” y el control de los mecanismos de la herencia eran importantes para el progreso del país.⁷⁸ Para lograr estos objetivos, se planteó la necesidad de que el Estado interviniera por medio de políticas

⁷³ SAAVEDRA, *Eugenesia y medicina social*, p. 113.

⁷⁴ CÍCERO, “El papel del médico en la campaña antivenérea”, p. 227.

⁷⁵ CASTILLO NÁJERA, “Discurso inaugural”, p. 18.

⁷⁶ STERN, “From Mestizophilia to Biotypology”, pp. 187-210.

⁷⁷ URÍAS, *Historias secretas del racismo*, pp. 15-16.

⁷⁸ URÍAS, *Historias secretas del racismo*, p. 16. URÍAS, “Degeneracionismo e higiene mental”, pp. 34-67. URÍAS, “Eugenesia e ideas sobre las razas en México”, pp. 171-205.

públicas relacionadas con la población, la sexualidad y la migración, si bien, no siempre se legisló al respecto.

Las teorías de la degeneración y su influencia en el devenir de las sociedades comenzaron a mediados del siglo XIX en Francia con los planteamientos del médico Bénédict Augustin Morel.⁷⁹ Urías destaca cuatro ideas del degeneracionismo: 1) “la locura era producto de la transmisión hereditaria de una constitución anormal en cuyo origen era posible identificar una desviación de los tipos raciales primitivos”; 2) la degeneración podía presentarse en “situaciones coyunturales” como las intoxicaciones, la influencia del medio o los “defectos adquiridos”; 3) las modificaciones a largo plazo de la herencia hacían que las enfermedades mentales fueran incurables y por tanto, sólo controlables por las medidas preventivas, y; 4) había “vínculos profundos entre las diversas manifestaciones de la degeneración” debido a la herencia.⁸⁰

Los planteamientos del degeneracionismo tuvieron consecuencias importantes en el pensamiento de la época. Entre ellas sobresale la importancia concedida a la herencia, los estudios sobre la misma y su pretendida “cientificidad”, el énfasis en la prevención más que el tratamiento individual y las propuestas sobre la injerencia del Estado para la protección de la sociedad.⁸¹

Estos planteamientos, que se expresaron durante el Porfiriato, tuvieron una continuidad con los gobiernos emanados de la Revolución. Sin embargo, según afirma Beatriz Urías Horcasitas, “la Revolución hizo que las ideas de la regeneración social y racial fueran objeto de un reajuste teórico y de un replanteamiento político”.⁸² Si durante el Porfiriato se había buscado excluir y controlar a las “clases peligrosas”, los gobiernos posrevolucionarios procuraron la “inclusión de las masas en la vida social, en el marco del modelo corporativista y antiliberal.”⁸³

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 después de la Revolución. Esto fue

⁷⁹ URÍAS, “Degeneracionismo e higiene mental”, p. 41.

⁸⁰ URÍAS, “Degeneracionismo e higiene mental”, p. 41.

⁸¹ URÍAS, “Degeneracionismo e higiene mental”, pp. 41-55.

⁸² URÍAS, “Degeneracionismo e higiene mental”, pp. 41-55.

⁸³ URÍAS, “Degeneracionismo e higiene mental”, pp. 41-55.

evidente por ejemplo, en las negociaciones, los encuentros y los desencuentros de los grupos políticos y de estas organizaciones de trabajadores en las sucesiones presidenciales, en la implementación de políticas públicas y en la creación del Partido Nacional Revolucionario en 1929.⁸⁴

Por otra parte, 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. Además, se planteó la necesidad de que la población fuera cultural y racialmente homogénea, con base en el mestizaje.⁸⁵ En este contexto, la idea del “hombre nuevo” fue un elemento importante en la ideología de los gobiernos mexicanos después del movimiento armado de 1910.⁸⁶

El “hombre nuevo”, trabajador, mestizo, educado y laico, debía estar sano. Para lograr su salud, además de la higiene y la vacunación, se pensó que era pertinente que el Estado interviniera en los “mecanismos de la herencia”. Aunque estas ideas no eran novedosas, ya que las había planteado el degeneracionismo desde el siglo XIX, fueron desarrolladas y profundizadas por la eugenesia y la higiene mental.⁸⁷

Alfredo Saavedra, promotor y socio fundador de la Sociedad Mexicana de Eugenesia, definió 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.⁸⁸

⁸⁴ HERNÁNDEZ, *La Mecánica Cardenista*.

⁸⁵ Manuel Gamio y José Vasconcelos fueron algunos de los intelectuales que expresaron la conveniencia del mestizaje. GAMIO, *Forjando Patria*. VASCONCELOS, *Raza Cósmica*. Algunos investigadores que han estudiado acerca de las ideas de mestizaje de Gamio y Vasconcelos: URÍAS, “Las ciencias sociales en la encrucijada del poder: Manuel Gamio”, pp. 93-121. FELL, *José Vasconcelos. Los años del águila*. STERN, “Mestizofilia, biotipología y eugenesia”, pp. 57-92.

⁸⁶ La idea del “hombre nuevo” no fue novedosa ni exclusiva de la Revolución Mexicana, sino que se planteó desde siglos atrás y en la primera mitad del siglo XX la retomaron el fascismo italiano, el nacional socialismo alemán, el franquismo, la dictadura de Salazar en Portugal, el gobierno de Vichy en Francia y los soviéticos. URÍAS, *Historias secretas del racismo en México*, pp. 20-37.

⁸⁷ URÍAS, *Historias secretas del racismo en México*, pp. 20-37.

⁸⁸ SAAVEDRA, *Eugenesia y medicina social*, p. 22.

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.” Con la aplicación de sus principios se 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.”⁸⁹

El término “eugenesia” fue utilizado por Francis Galton desde 1883. Con base en el evolucionismo y la selección natural, Galton desarrolló ideas que serían fundamentales en el desarrollo de la eugenesia. Su concepto de herencia era “duro” o “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”.⁹⁰

En varios países como Alemania o los Estados Unidos predominó una interpretación de la herencia más bien determinista, basada en los estudios de Mendel, Galton y Weismann.⁹¹ En México, en cambio, durante la década de 1920 prevaleció el neolamarckismo,⁹² que planteaba “la herencia de características adquiridas” y que, en este sentido, hacía no sólo viable, sino deseable la “intervención ambiental” para generar una población saludable.⁹³ De acuerdo con Alexandra Stern, el florecimiento del neolamarckismo en México se debió en buena medida a que daba la posibilidad de intervenir el ambiente, por ejemplo con educación, para mejorar racialmente a la población, así fuera con lentitud. Este concepto sería fundamental en el nacionalismo y en el proceso de construcción del Estado mexicano.⁹⁴ Aunque durante la década de 1930 el neolamarckismo fue cuestionado, se trató de evitar el determinismo⁹⁵ y en el caso de la lucha antivenérea, se siguió apostando por la “intervención”.

⁸⁹ CORREA, “Importancia de la Eugenesia ante el criterio del Estado”, p.151.

⁹⁰ STEPAN, *The Hour of Eugenics*. STERN, “From Mestizophilia to Biotypology”, SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, *Eugenesia y racismo*, URÍAS, *Historias secretas del racismo en México*.

⁹¹ STEPAN, *The Hour of Eugenics*. STERN, “From Mestizophilia to Biotypology”, SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, *Eugenesia y racismo*, URÍAS, *Historias secretas del racismo en México*.

⁹² En 1908, el naturalista francés Lamarck publicó su *Filosofía zoológica*, en la que planteó su teoría de la evolución. 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”.

⁹³ STEPAN, *Hour of Eugenics*. STERN, “From Mestizophilia to Biotypology”, p. 190.

⁹⁴ STERN, “From Mestizophilia to Biotypology”, pp. 190-191.

⁹⁵ STEPAN, *The Hour of Eugenics*. STERN, “From Mestizophilia to Biotypology”, p. 190.

Las interpretaciones no deterministas de la herencia y de la eugenesia no fueron exclusivas de la intelectualidad mexicana. Estas ideas tuvieron gran difusión en América Latina, donde la diversidad étnica era notable y difícilmente se podía inventar una “pureza racial”. Los distintos contextos en cada país dieron matices a los procesos históricos nacionales y a las formas de entender y aplicar la eugenesia.⁹⁶

La eugenesia podía ser “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.⁹⁷ Aunque hubo una ley de esterilización aprobada en el estado de Veracruz en 1932, la “eugenesia positiva” logró más aceptación en México.⁹⁸

La eugenesia tuvo mayor difusión en México a partir de la década de 1920. Las ideas acerca del mejoramiento racial resultaron atractivas y útiles para los proyectos de gobierno y las políticas públicas después de los años de guerra más intensa de la Revolución. La eugenesia era prometedora en la reconstrucción del país y la “redención” de la población. De acuerdo con Alfredo Saavedra, fue en 1914 que la doctora Antonia L. Ursúa mencionó por primera vez la *eugenética*, “denominación oficial con que se dio a conocer en México esta nueva ciencia.” En unas conferencias dictadas en la Universidad Popular,⁹⁹ la Dra. Ursúa expuso “en toda su amplitud... los lineamientos desde los cuales debía encauzarse la obra eugénica para alcanzar la realización de sus principios”.¹⁰⁰

De acuerdo con Beatriz Urías, la eugenesia en México pasó por varias etapas, desde su “condición inicial de ideología anticonformista hasta su reconocimiento como disciplina

⁹⁶ En Argentina, por ejemplo, la eugenesia expresó un racismo “más convencional”, pues se consideraba que su población era predominantemente blanca debido a la migración europea, a diferencia de otros países como México donde la mayoría eran indios o mestizos, o Brazil, con una cantidad significativa de afrodescendientes y mulatos. En estos últimos países la eugenesia también tuvo planteamientos racistas que coexistieron y se relacionaron con los discursos sobre el mestizaje. STEPAN, *The Hour of Eugenics*, pp. 135-170. WADE, “Race in Latin America”, pp. 177-192. WADE, *Race and Sex in Latin America*, pp. 110-155.

⁹⁷ STEPAN, *The Hour of Eugenics*, p.118. STERN, “From Mestizophilia to Biotypology”, p. 190. SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, *Eugenesia y racismo en México*, p. 114.

⁹⁸ CORREA, “Importancia de la Eugenesia ante el criterio del Estado”, pp.151- 155. SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, *Eugenesia y racismo en México*, p. 114.

⁹⁹ La Universidad Popular fue fundada en 1912 por los miembros del Ateneo de México. La Universidad ofrecía una “educación libre” por medio de conferencias y cursos, a los que los educandos podían asistir sin imposiciones. No otorgaba títulos y en sus enseñanzas estaba prohibido hablar de cuestiones políticas y religiosas. El objetivo era la formación de ciudadanos útiles a la sociedad. La Universidad funcionó hasta 1920. TORRES, *Cultura y revolución: la Universidad Popular Mexicana*.

¹⁰⁰ SAAVEDRA, “Historia del movimiento eugenésico en México”, p. 20.

científica”.¹⁰¹ Un primer momento estuvo representado por la novela *Eugenia* de 1919,¹⁰² en la que se representaba una sociedad utópica basada en la eugenesia. La segunda etapa se desarrolló en la década de 1920, cuando el Estado mexicano comenzó a incorporarla como “una propuesta oficial de transformación social orquestada desde el Servicio Higiénico de la SEP y el DSP”. La tercera etapa tuvo lugar en la década de 1930 con la mención explícita de la eugenesia en los programas de gobierno y con la creación de agrupaciones médicas independientes del Estado que promovieron la higiene racial. Dichas agrupaciones publicaron revistas especializadas y mantuvieron vínculos con las universidades. Además, consideraron que la eugenesia era un conocimiento científico.¹⁰³

La supuesta científicidad de la eugenesia radicaba en que sus conocimientos tenían fundamentos en la anatomía, la fisiología, la histología, la embriología y la herencia.¹⁰⁴ 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.¹⁰⁵ 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 marcara 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”.¹⁰⁶

Los médicos mexicanos plantearon temas relacionados con la eugenesia en diversos congresos. Un ejemplo de ello fue el Primer Congreso del Niño, celebrado en 1921.¹⁰⁷ Éste contó con el patrocinio del periódico *El Universal* y tuvo en el primer lugar de su programa la “Sección de Eugenia”. En sus resoluciones se propuso, entre otras, la “asexualización de los criminales y otros degenerados”, la investigación científica de la herencia, la enseñanza

¹⁰¹ URÍAS, “Eugenesia e ideas sobre las razas”. URÍAS, *Historias secretas del racismo en México*, p. 112.

¹⁰² La novela *Eugenia* fue escrita por Eduardo Urzaiz, un médico de origen cubano que radicó en México. En Villautopía, lugar imaginario donde se desarrolla la trama, había un Estado omnipresente que dirigía las relaciones entre los hombres y las mujeres, intervenía en para la reproducción de los miembros más aptos y en la educación de la niñez. URÍAS, *Historias secretas del racismo en México*, p. 103.

¹⁰³ URÍAS, “Eugenesia e ideas sobre las razas”.

¹⁰⁴ CORREA, “Importancia de la Eugenesia ante el criterio del Estado”, p. 151.

¹⁰⁵ URÍAS, “Degeneracionismo e higiene mental”.

¹⁰⁶ STEPAN, *The Hour of Eugenics*, p. 136.

¹⁰⁷ STEPAN, *The Hour of Eugenics*, p. 56. URÍAS, *Historias secretas del racismo*, p. 108.

de la Eugenia especialmente a las mujeres, la modificación de la ley de migración, la profilaxis efectiva de la sífilis hereditaria, la exigencia del certificado prenupcial y la creación de clínicas de maternidad.¹⁰⁸ También hubo participación de médicos mexicanos en congresos fuera del país, como el Segundo Congreso Internacional de Eugenesia llevado a cabo en Nueva York en 1921.¹⁰⁹

Diversas instituciones en México incorporaron planteamientos de la eugenesia, como el DSP, con sus campañas sanitarias, y la SEP con sus proyectos de incorporación de los indígenas.¹¹⁰ En la SEP también fueron creados un Servicio Higiénico y un Departamento de Psicopedagogía e Higiene (fundado en 1925), que buscaban mejorar la higiene física y mental de los niños.¹¹¹ No es de extrañar que la SEP incorporara de alguna manera los postulados de la eugenesia, pues además de la educación de la infancia fue considerada fundamental para el mejoramiento de la raza, varios médicos estuvieron al frente de esta Secretaría, como los doctores Gastélum (1924) y Manuel Puig Casauranc (1924-1928; 1930-1931), quien es considerado uno de los principales promotores y precursores de la eugenesia en México.¹¹²

En 1929 fue fundada la Sociedad Mexicana de Puericultura en la ciudad de México. Esta Sociedad tuvo una sección de eugenesia que estaba a cargo del estudio de la herencia, las enfermedades vinculadas a la reproducción, la educación sexual, la sexualidad infantil y el control de la natalidad.¹¹³ Algunos de los médicos que la integraron, entre ellos Alfredo Saavedra y Rafael Carrillo, participaron en la creación de la Sociedad Mexicana de Eugenesia (SME), la cual finalmente quedó conformada el 21 de septiembre de 1931.¹¹⁴

De acuerdo con Alfredo Saavedra, la creación de la SME representó una nueva etapa de la eugenesia en México con “tendencias organizadas” para el mejoramiento de la raza. Esta Sociedad, a diferencia de sus “precursores”, ya no se limitaría a presentar

¹⁰⁸ SAAVEDRA, “Historia del movimiento eugenésico en México”, p. 23.

¹⁰⁹ José Joaquín Izquierdo participó en el Segundo Congreso Internacional de Eugenesia con su trabajo “Breve reseña genealógica de la familia Izquierdo”, que de alguna manera recuerda la historia familiar de Galton publicada por el mismo Galton, “Hereditary Talent and Character”. El texto de Izquierdo fue publicado en *Eugenics, Genetics and the Family*, 1923.

¹¹⁰ URÍAS, “Eugenesia 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.

¹¹¹ URÍAS, *Historias secretas del racismo*, p. 109. URÍAS, “Eugenesia e ideas sobre las razas”, p. 179.

¹¹² URÍAS, *Historias secretas del racismo*, p. 108.

¹¹³ SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, *Eugenesia y racismo en México*, p. 113.

¹¹⁴ STEPAN, *The Hour of Eugenics*, pp. 56-57. SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, *Eugenesia y racismo*, p. 113.

trabajos teóricos, sino que buscó la “acción social efectiva”.¹¹⁵ Su participación en los debates sobre educación sexual, como se verá más adelante, fue una muestra de ello.

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 a lograr que la población fuera saludable y que *la raza* mejorara.¹¹⁶ Así como la eugenesia tenía “un campo de acción bastante amplio” que abarcaba aspectos educativos, biológicos, jurídico-sociales y morales,¹¹⁷ así también los gobiernos mexicanos consideraron necesario abarcar ese espectro en sus políticas públicas a fin de mejorar *la raza*. 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.

El temor a la degeneración de *la raza* estuvo presente 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, ¿qué relación había entre *la raza* y los padecimientos venéreos?

La raza y el “peligro venéreo”

La raza fue un concepto central en la discusión sobre la prevención de las enfermedades venéreas en México, al menos hasta 1940. La degeneración de *la raza*, en singular –y no de *las razas*– era la mayor preocupación de las autoridades sanitarias. *La raza* en este contexto era identificada con la nación, es decir, con una “comunidad imaginada”¹¹⁸ 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, *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. Todas las personas, independientemente de su

¹¹⁵ SAAVEDRA, “Historia del movimiento eugenésico en México”, p. 42.

¹¹⁶ STERN, “From Mestizophilia to Biotypology”, SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, *Eugenesia y racismo*, URÍAS, *Historias secretas del racismo*.

¹¹⁷ SAAVEDRA, *Eugenesia y medicina social*, p. 22.

¹¹⁸ ANDERSON, *Comunidades imaginadas*.

fenotipo y sus particularidades culturales,¹¹⁹ eran susceptibles de contraer y propagar la enfermedad, por tanto, debían ser objeto de la intervención médica y estatal. 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 planteaban 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. Como se verá en los siguientes capítulos, las recomendaciones para los hombres y las mujeres en general fueron distintas, pues de acuerdo con las autoridades sanitarias, la maternidad –de hecho o en potencia– confería a las mujeres responsabilidades especiales para el cuidado de la descendencia.

El mayor riesgo de las enfermedades venéreas para el futuro de *la raza* era la posible transmisión de patologías de los padres a los hijos. Aunque no había consenso acerca de cuáles eran los mecanismos por los que dichos males pasaban a la descendencia, los médicos coincidían en que las personas infectadas por sus progenitores tendrían taras tarde o temprano, y las siguientes generaciones se verían afectadas. 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 diversas patologías que podían dar como resultado desde abortos hasta deformidades y retraso mental.

La llamada “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

¹¹⁹ 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*, WADE, “Race in Latin America”, SMEDLEY, “‘Race’ and the Construction of Human Identity”, pp. 690-702.

siglo XIX habían planteado múltiples científicos, llevaron a los estudiosos de la “avería” a tratar de entender sus mecanismos de transmisión a la descendencia.¹²⁰

Los estudiosos plantearon varios conceptos para explicar el paso de la enfermedad de los padres a sus hijos: sífilis ingénita, heredodistrofias parasifilíticas, y heredodistrofias sifilíticas.¹²¹ Entre los términos para referirse a la sífilis no adquirida en niños también estaban los siguientes:

1) *Heredosífilis*. Los cuestionamientos acerca de la herencia de la sífilis se dieron en México fundamentalmente a partir de la década de 1930. Quienes consideraban que esta expresión era incorrecta argumentaban que la sífilis no se heredaba como infección, sino que el contagio se daba *in útero*, tiempo después de la concepción. Decían esto porque consideraban imposible que el treponema pálido, agente causal de la sífilis, estuviera presente en el espermatozoide o en el óvulo al momento de la fecundación;

2) *Sífilis congénita*. Aunque algunos consideran este término correcto, había quienes afirmaban que era confuso, pues al indicar que “se engendra junto con otra cosa” podía entenderse que contagio e infección se daban al tiempo, y que el niño tenía sífilis al nacer, lo que no necesariamente era así, y;

3) *Sífilis ingénita*. Refería a que “no es engendrado”, lo que según algunos estudiosos era más exacto, pues evitaba las confusiones a las que los otros términos daban lugar.¹²²

Otro de los argumentos para cuestionar el uso del concepto “heredosífilis” era que, debido a la obsesión por encontrar casos, se había aumentado el número de signos atribuidos a aquella, de forma tal, que “según la sagacidad de la clínica, el 99% de la humanidad es heredo sifilítica”.¹²³ 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.

¹²⁰ El estudio sobre las ideas acerca de la herencia es bastante complejo y va más allá de los fines de la presente investigación. Por ello, más que dar cuenta detallada de las investigaciones y los debates acerca de la herencia y la sífilis, quiero mostrar que detrás de los argumentos expresados para justificar la lucha antivérea y su propaganda había un intenso debate científico, en el que no siempre había consenso. Acerca de la herencia consúltese LÓPEZ, “De perfeccionar el cuerpo a limpiar la raza”, pp. 235-280. LÓPEZ, *El sesgo hereditario*. OROZCO, “Patología constitucional y heredopatología”, pp. 325-333.

¹²¹ VERGARA, “Los conceptos de la herencia en la tuberculosis y en la sífilis”, p. 621.

¹²² SOTO, “Algunas consideraciones sobre sífilis ingénita”, p. 206.

¹²³ VERGARA, “Los conceptos de la herencia”, p. 623.

El estudio de la transmisión de tal enfermedad a la descendencia también presentaba interrogantes respecto al número de generaciones y la manera en que podían verse afectadas. Investigaciones médicas plantearon la posibilidad de que la sífilis pasara no sólo a la primera, sino a la segunda y quizá hasta la tercera generación después del contagio. Se llegó a sugerir que la enfermedad podía permanecer en estado latente en los hijos de los sífilíticos y que en sus nietos surgiera virulenta.¹²⁴

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”.¹²⁵

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”¹²⁶ de “heredosifilíticos” era considerada una “carga o un estorbo social”¹²⁷ 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.”¹²⁸

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, de los miembros, vicios de conformación de las orejas, etc.” Además, podía reflejarse en aspectos de orden moral e

¹²⁴ OCARANZA, “La sífilis como causa de perturbaciones sociales y económicas”, pp. 69-70.

¹²⁵ OCARANZA, “La sífilis como causa de perturbaciones sociales y económicas”, p. 70.

¹²⁶ OCARANZA, “La sífilis como causa de perturbaciones sociales y económicas”, p. 70.

¹²⁷ OCARANZA, “La sífilis como causa de perturbaciones sociales y económicas”, p. 70.

¹²⁸ CORREA, “Importancia de la Eugenesia ante el criterio del Estado”, p.151.

intelectual, como el retraso mental, el cretinismo y la imbecilidad.¹²⁹ A juicio de médicos y eugenistas

Cuando la herencia y las estadísticas nos han demostrado hasta la evidencia el papel preponderante que tiene para los descendientes la salud de los progenitores y los peligros y perjuicios que ocasionan en los hijos algunos factores no deseables de orden patológico, psíquico, moral y social, se comprende que biólogos, higienistas y sociólogos se hayan aunado en íntimo consorcio.”¹³⁰

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 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 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.¹³¹ 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”.¹³² Pero no podía decirse lo mismo de la sífilis ni de la gonorrea.

Los estudiosos identificaron tres “razas” principales en México –indios, mestizos, blancos–,¹³³ y hubo investigaciones que plantearon la posibilidad de que “las razas” constituyeran variables en el desarrollo de las enfermedades venéreas. Esta hipótesis llevó a

¹²⁹ CORREA, “Importancia de la Eugenesia ante el criterio del Estado”, p.151.

¹³⁰ CORREA, “La Eugenesia y su importancia”, p. 73.

¹³¹ 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, “La sífilis y su carácter endémico”, pp. 1099-1161.

¹³² PIERCE, “Sobering the Revolution”, p. 133.

¹³³ GAMIO, *Forjando patria*, VASCONCELOS, *Raza Cósmica*, MOLINA ENRÍQUEZ, *Los grandes problemas nacionales*.

diversos especialistas a analizar la incidencia, principalmente de la sífilis, en las distintas “razas” en varias partes del mundo.¹³⁴ Este interés llevó a México a varios médicos para indagar acerca la presencia o ausencia de sífilis en varios grupos indígenas. Este fue el caso del italiano Luis Mazotti y de los americanos Kenneth Goodner y Geo C. Shattuck, quienes conjuntamente con sus colaboradores estudiaron a los chamulas en Chiapas y a los mayas en Yucatán, respectivamente.

Luis Mazotti examinó y realizó reacciones de Kahn¹³⁵ a 78 personas chamulas de “raza pura” de la zona cafetera de Chiapas, y no encontró un solo caso de sífilis. Todas las reacciones fueron negativas.¹³⁶

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 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”.¹³⁷

Un año más tarde, otro grupo de estudiosos norteamericanos bajo la dirección del doctor 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

¹³⁴ 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 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 Gonorrhoea and Syphilis”, STEPAN, *The Hour of Eugenics*, WADE, *Race and Sex*, p. 128.

¹³⁵ 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 Kahn 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 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”.

¹³⁶ VILLELA, “Algunas ideas sobre Campaña Rural Antivenérea”.

¹³⁷ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 254.

inmediaciones estaban más expuestos al contagio que aquellos que vivían relativamente aislados en Chichén Itzá.

El grupo de los mayas 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.¹³⁸

El estudio fue realizado en 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.¹³⁹

Las evidencias clínicas en los casos de serología positiva fueron muy exiguas. Entre éstos, sólo encontraron una persona con una lesión activa de naturaleza presumiblemente sífilítica y dos casos con anemia severa que, atendiendo al resultado serológico, afirmaban que podían considerarse de origen sífilítico. También hubo una persona con una lesión en el tobillo que por su aspecto, los médicos norteamericanos sospechaban que era sífilítica, pero que el paciente atribuía a una mordida de serpiente.¹⁴⁰

Considerando las investigaciones de 1929 y 1930 realizadas por Goodner y Shattuck, respectivamente, se realizaron en total 576 test de Kahn, de cuales 370 correspondieron a mayas y 206 a mestizos. En total, fueron positivos el 4.57% en los mayas, y el 7.76% en mestizos.¹⁴¹

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”.¹⁴²

¹³⁸ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 250.

¹³⁹ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 251.

¹⁴⁰ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 251.

¹⁴¹ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 255.

¹⁴² SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 255.



“Niñas en Nictehá. La bebé de la izquierda muestra deformidad en la cabeza que sugiere sífilis congénita.” SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, imagen 52.

A fin de completar y contrastar la información obtenida por Shattuck y sus colaboradores, éste solicitó la ayuda del Dr. Alberto Berrón de Mérida, 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 esa región. Obtuvieron la respuesta 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.¹⁴³

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 dejaba múltiples interrogantes. ¿A qué se debía la baja incidencia y la benignidad de la sífilis entre los mayas? Para resolver la interrogante podían plantearse diversas hipótesis que se apoyaban en observaciones realizadas en otras

¹⁴³ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, pp. 285-287.

“razas” y en otras partes del mundo, como Brasil, Islandia, Groelandia o África, a fin de comparar las situaciones geográficas y las características de los distintos grupos humanos.¹⁴⁴ Se llegó a plantear que la poca o nula presencia de sífilis en algunas regiones se debía “causas externas” como el aislamiento o la religión.¹⁴⁵ También se expresó la factibilidad de que hubiera variaciones en la virulencia del treponema pálido, causante de la sífilis, pero no esto no había sido demostrado.¹⁴⁶

Otras posibles explicaciones eran la influencia del clima y de los tratamientos de los indígenas. Sin embargo, 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 usado por indios en Centroamérica, mientras que otros afirmaban que había estudios farmacológicos que sugerían que la zarzaparrilla servía de poco y más aun si no se usaba con mercurio.¹⁴⁷

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.¹⁴⁸ También 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”.¹⁴⁹

Aunque no había datos concluyentes, Shattuck afirmaba que “la información de Yucatán puede ser satisfactoriamente interpretada ya sea sobre la base de una adquisición

¹⁴⁴ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, pp. 266-275.

¹⁴⁵ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 278.

¹⁴⁶ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 283.

¹⁴⁷ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, pp. 264 y 283.

¹⁴⁸ 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. Las principales teorías al respecto, aun si tienen argumentos muy disímiles, se pueden agrupar en tres ideas principales. Dos de ellas han considerado que esta enfermedad apareció hace miles de años, según algunos en el continente Americano, a decir de otros, en el llamado “Viejo Mundo”. La otra hipótesis sostiene que la sífilis surgió aproximadamente en el siglo XV. Los europeos entraron en contacto con enfermedades endémicas del Caribe causadas por el treponema, como el pián o el mal del pinto. La adaptación de este microorganismo a nuevas condiciones climáticas y sociales habría dado por resultado la sífilis. ROTHSCHILD, “History of Syphilis”. GUERRA, “La disputa sobre la sífilis. Europa versus América”. ROSE, “Origins of Syphilis”. WILLCOX, “Evolutionary Cycle of the Treponematoses”, pp. 70-91. HACKETT, “On the Origin of the Human Treponematoses”, pp. 7-41.

¹⁴⁹ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 277.

incompleta y resistencia heredable o inmunidad a la sífilis, o por el supuesto de un grado considerable de resistencia racial inherente o inmunidad”.¹⁵⁰

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 frecuentemente había confusión. A pesar de los esfuerzos por validar “científicamente” su estudio, la aparente “obviedad” en la distinción que hace 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 razas” en Yucatán y no profundizó más en ella.

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. Sin embargo, estos no eran los únicos grupos indígenas en México. ¿Qué pasaba con el resto? Entonces no se llevaron a cabo investigaciones al respecto que abarcaran a varios grupos indígenas ni que pretendieran dar una visión general de la presencia de la sífilis entre los indígenas en México. Sin embargo, hubo un gran interés por la “raza indígena” y su estudio, pues como insistieron antropólogos y autoridades educativas, sólo su conocimiento permitiría su incorporación.¹⁵¹

La Secretaría de Educación Pública (SEP) promovió la investigación antropológica y la publicación de monografías que dieran cuenta de diversos grupos indígenas. El antropólogo Carlos Basauri¹⁵² 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,¹⁵³ Basauri comentó acerca de los siguientes grupos indígenas: coras, huicholes, tepecanos, nahuas, tlahuicas, chontales, otomís, mazahuas, pames, zoques, mixes, tlapanecas, chochos,

¹⁵⁰ SHATTUCK, *The peninsula of Yucatán*, p. 279.

¹⁵¹ GAMIO, *Forjando Patria*.

¹⁵² Carlos Basauri (1900-1965) estudió antropología en la Ciudad de México. Fue profesor en la Universidad Nacional y en el Instituto Politécnico Nacional. *Diccionario Porrúa*.

¹⁵³ BASAURI, *La población indígena de México*. BASAURI, *Tojolabales, Tzeltales y mayas*. BASAURI, *Monografía de los Tarahumaras*.

pocolocas, huaves, tarascos, totonacos, tepehuas, kikapoos, el “grupo negroide de la Costa Chica”, tojolabales, tzeltales y taraumaras.

Aunque en cada región se presentaban algunos padecimientos más que otros, en general podría decirse que, según lo que informó Basauri, entre las enfermedades más comunes estaban las respiratorias, las gastrointestinales y las de la piel. También destacaban otros problemas como el alcoholismo, la falta de higiene y la alta mortalidad infantil. Las enfermedades venéreas son poco mencionadas, pero sobre todo 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 mencionaron la sífilis y la gonorrea entre las enfermedades venéreas más comunes.¹⁵⁴

Aunque esta información acerca de diversos grupos indígenas no era específica sobre la incidencia de enfermedades venéreas, ya que desde luego tampoco era su objetivo, 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 las mismas 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, principalmente en lo relativo a las uniones sexuales y maritales.

Los matrimonios entre los grupos indígenas estudiados por Basauri, en general 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 recurrían a prostitutas, quienes no eran mal vistas en los pueblos (tlahuicas, otomís). Sólo entre los tarahumaras había promiscuidad, pero sólo durante las “tesgüinadas”, en las que se emborrachaban con tesgüino y se daban violaciones e incesto.

¹⁵⁴ BASAURI, *La población indígena de México*, p. 356.

Aunque las tescüinadas podían durar varios días, estas situaciones eran excepcionales, pues generalmente eran “morales en su vida conyugal”.¹⁵⁵

La endogamia, la monogamia y la fidelidad que al parecer eran comunes entre los indígenas, pudieron limitar la incidencia de enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, quedan abiertas las interrogantes que estudiosos como Shattuck 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.¹⁵⁶ 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”.¹⁵⁷ Manuel Gamio afirmaba refiriéndose a los indios, que

Asombra su vitalidad tanto como su naturaleza antimorbosa. Es intrigante así mismo 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.¹⁵⁸

A decir del doctor mexicano Maximiliano Ruiz Castañeda¹⁵⁹, aunque había poca evidencia clínica de sífilis en comunidades indias 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 –afirmaba– un indio o cualquier otra “raza” padecía igualmente esta enfermedad. Por otra parte, cuestionaba la supuesta “inmunidad racial” o “natural” de los indios, pues

¹⁵⁵ BASAURI, *Monografía de los Tarahumaras*, p. 40.

¹⁵⁶ BASAURI, *La población indígena de México*, pp. 291-292.

¹⁵⁷ BASAURI, *La población indígena de México*, p. 292. Esta cita hace referencia en particular a los otomís, sin embargo, sus observaciones acerca de la mortalidad infantil, la resistencia y la longevidad se aplicaban prácticamente a todos los grupos observados.

¹⁵⁸ GAMIO, *Forjando Patria*, p. 32.

¹⁵⁹ El doctor Maximiliano Ruiz Castañeda (1898-1992) estudió en la Escuela Nacional de Medicina y se especializó en bacteriología y patología en el Instituto Pasteur. También estuvo becado en la Universidad de Harvard. Formó parte del Departamento de Salubridad Pública y realizó importantes investigaciones sobre el tifo y la fiebre de Malta. *Diccionario Porrúa*.

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 sífilíticos vistos en estos dispensarios son indios.¹⁶⁰

El anterior 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 esta investigación, es importante plantearlas pues ayudan a matizar los conceptos de *raza* planteados los médicos y la forma en que éstos se entendieron fuera del ámbito “científico” e institucional.

Es de notar que 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

¹⁶⁰ SHATTUCK, *The Peninsula of Yucatán*, p. 263.

desinterés pudieron influir ideas racistas acerca de la salud y la enfermedad que asociaban a la “raza blanca” con la limpieza y la higiene.¹⁶¹

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. 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 estudió en 1938 la presencia de la sífilis en el medio rural. En esta investigación consideró que este último estaba integrado por: a) comunidades indígenas aisladas, b) campesinos, c) colectividades industriales (permanentes o temporales), d) pequeños poblados fijos y, e) individuos o grupos ambulatorios.¹⁶²

Para conocer la presencia de la sífilis entre los indios, el DSP retomó las investigaciones de Shattuck y Mazotti, sin descartar la posible inmunidad de ciertas “razas”, aunque tampoco la sostuvo. Los campesinos, según el esquema del estudio del DSP, podían considerarse según varios subtipos: el peón acasillado, el ejidatario y el rancharo. 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 rancharo, visitante frecuente de las ciudades, era víctima frecuente de las “dolencias venéreas”. Este último acudía a las urbes no sólo con fines de negocios, 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”.¹⁶³

¹⁶¹ 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. En la portada del número 7 de esta publicación aparece la imagen de dos boxeadores en el ring: uno es blanco y el otro negro. El primero lleva en su cinturón una leyenda que dice “Cultura” y en sus guantes, “moral” e “higiene”, respectivamente. Por su parte, el boxeador negro lleva escrito en su cinturón “Enfermedad”, y en sus guantes, “ignorancia” y “vicio”. A esta imagen la acompaña un texto en el que se describe al blanco como fuerte, sano y limpio, en tanto que al negro lo llama sucio, mal oliente, “asqueroso” y “pegajoso”, aunque difícil de vencer. El encabezado de esta imagen dice: “No presenciemos impasibles esta pelea, ayudemos al blanco haciéndolo cada vez mas fuerte. Estudiemos y pongamos empeño en difundir los conocimientos que nos ayudan a conservar la salud.” En este caso se ve que la limpieza, la moral, la cultura y la salud tenían connotaciones raciales que se asociaban a personas de tez blanca. A pesar de ello, la salud no se pensaba como algo privativo de los blancos, sino que podía ser alcanzada por aquel que lo deseara y se sujetara a los preceptos de la higiene. *Mensajero de Salud*, 1 de octubre 1922.

¹⁶² VILLELA, “Algunas ideas sobre Campaña Antivenérea Rural”, p. 338.

¹⁶³ VILLELA, “Algunas ideas sobre Campaña Antivenérea Rural”, pp. 340-341.

Las colectividades industriales, establecidas permanentemente (fábricas, minas, talleres, etc.), o de forma temporal (siembra, cosecha, zafra, etc.) atraían a grupos de prostitutas “de la peor ralea, ciento por ciento enfermas”, que eran la causa del contagio entre los trabajadores. Esta situación se repetía en los poblados fijos, que según crecían en importancia, aumentaba la prostitución regulada y clandestina. Finalmente, entre los 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”.¹⁶⁴

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 densamente poblados, “de donde irradian los males venéreos”. De tal manera, “podría decirse que éstos se propagan de la ciudad al campo”.¹⁶⁵ Otras variables como el clima, la ignorancia de la gente 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, a toda *la raza*. 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.

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.

¹⁶⁴ VILLELA, “Algunas ideas sobre Campaña Antivenérea Rural”, pp. 341-345.

¹⁶⁵ VILLELA, “Algunas ideas sobre Campaña Antivenérea Rural”, pp. 345-346.

La reorganización de la administración sanitaria y la lucha antivenérea

El Estado mexicano tuvo mayor protagonismo en la lucha antivenérea tras 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), que fue creado en 1841 y trabajó con seis miembros y un insuficiente presupuesto. El Consejo tenía jurisdicción sólo en el Distrito y territorios Federales, en tanto que algunos estados formaron juntas sanitarias que llevaban a cabo sus labores con independencia de las demás. La Constitución Política de 1857 no otorgaba facultades sobre cuestiones de salud e higiene a las autoridades federales, por tanto la organización sanitaria quedaba a cargo de las autoridades locales.¹⁶⁶ Según las autoridades sanitarias después de la Revolución

Este estado de cosas no era satisfactorio. En primer lugar, no se podía esperar gran cosa de los gobiernos locales, pues solo disponían de medios muy limitados; en segundo lugar, no todos los Estados de la República tenían autoridades sanitarias competentes, y en tercer lugar no había posible unidad de acción ni podía ejercerse control alguno sobre dichas autoridades locales, que eran libres hasta el grado de no hacer absolutamente nada para mejorar las condiciones reinantes.¹⁶⁷

Durante el Porfiriato hubo intentos por centralizar la administración sanitaria y fue aprobado el primer Código Sanitario en 1891, que luego sería reformado en 1894 y en 1903. Las autoridades sanitarias plantearon desde 1882 la posibilidad de crear un organismo con facultades ejecutivas a cargo de la salubridad a nivel nacional¹⁶⁸ y el CSS participó activamente en varios lugares de la República dirigiendo importantes campañas de salud contra enfermedades como la viruela, la peste, la fiebre amarilla, el paludismo, la tuberculosis y el cólera.¹⁶⁹ Sin embargo, las atribuciones del CSS eran aún limitadas y no tenían el alcance nacional que sus miembros hubiesen querido.

¹⁶⁶ CARRILLO, “Economía, política y salud pública en el México porfiriano”, p. 68.

¹⁶⁷ MIRANDA, “Evolución de la sanidad en México”, p. 234.

¹⁶⁸ CARRILLO, “Economía, política y salud pública en el México porfiriano”, p. 69.

¹⁶⁹ CARRILLO, “¿Estado de peste o estado de sitio?”, pp. 1049-1103. CARRILLO, “Economía, política y salud pública en el México porfiriano”, p. 69. CARRILLO, “Guerra de exterminio al fantasma de las costas”, pp. 221-256. ZAVALA, “El cólera en Michoacán y la federalización de las políticas sanitarias”, pp. 39-88.

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. La fiebre amarilla, el cólera, el paludismo, entre otras, tenían implicaciones demográficas y económicas importantes. Las endemias y las epidemias de peste (1902), fiebre amarilla (1903) y tuberculosis (1907), por citar algunas, ocasionaban decesos que afectaban directamente a la población y su fuerza de trabajo. Además, la sola sospecha de la presencia de estas enfermedades era suficiente para la imposición de cuarentenas que conllevaban pérdidas de tiempo y de mercancía que perjudicaban seriamente el comercio.¹⁷⁰

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 combatírsele con la energía que se necesita para libertar a la sociedad de ese enemigo poderoso que tanto la aniquila, la envilece y la degrada.”¹⁷¹ 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, principalmente los municipales.

Las autoridades sanitarias después de la Revolución tuvieron otra interpretación del problema y lo asumieron de forma distinta, por medio de leyes que iban más allá de la prostitución. La Constitución política de 1917 fue el nuevo marco legal. Su artículo 73, fracción XVI establecía al respecto que el Congreso estaba facultado

Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y *salubridad general de la República*:

1ª El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, *sin intervención de ninguna Secretaría de Estado*, y sus disposiciones generales serán *obligatorias en el país*.

2ª En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar

¹⁷⁰ CARRILLO, “¿Estado de peste o estado de sitio?”, pp. 1049-1103. CARRILLO, “Economía, política y salud pública en el México porfiriano”, p. 69. CARRILLO, “Guerra de exterminio al fantasma de las costas”, pp. 221-256. ZAVALA, “El cólera en Michoacán y la federalización de las políticas sanitarias”, pp. 39-88.

¹⁷¹ RAMÍREZ DE ARELLANO, “La prostitución en México”, p. 89.

inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

3ª *La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del país.*

4ª Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo y degeneran la raza, serán después revisadas por el Congreso de la Unión, en los casos que le competan.

Los cambios más importantes planteados por la Constitución de 1917 fueron: 1) la facultad del Congreso de la Unión para legislar en materia de salubridad general de la República; 2) la autoridad sanitaria ejecutiva, y; 3) 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”.¹⁷²

El tema de la salubridad general en el Congreso Constituyente de 1916 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 los artículos 3, 123 y 27 sobre la educación, el trabajo y la tierra, respectivamente.¹⁷³ En los debates del Congreso, la voz más importante en cuanto a los temas de salubridad fue la del diputado José María Rodríguez, otrora jefe del Consejo Superior de Salubridad.¹⁷⁴ 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.”¹⁷⁵ Proponía una 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 Departamento de Salubridad en la campaña contra el alcoholismo.¹⁷⁶

¹⁷² ARÉCHIGA, “Educación, propaganda o ‘dictadura sanitaria’”, pp. 57-88.

¹⁷³ *El Universal* de junio 26 de 1926, citado en el *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 3, 1926, p. 122.

¹⁷⁴ José María Rodríguez apoyó a Madero y participó en el ejército constitucionalista. Fue presidente municipal en 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.

¹⁷⁵ *Congreso Constituyente, 1916-1917. Diario de Debates*, vol. II, p. 616.

¹⁷⁶ *Diario de Debates*, vol. II, p. 619.

Las facultades ejecutivas, “dictatoriales” y con jurisdicción en toda la República otorgadas a las autoridades sanitarias federales por la Carta Magna eran en teoría no sólo 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, como se verá en los siguientes capítulos. Incluso, el mismo Dr. José María Rodríguez matizó sus opiniones al respecto cuando el Consejo de Salubridad discutió la pertinencia del certificado médico prenupcial.¹⁷⁷

La intervención estatal 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 como el 27 y el 123, entre otros.¹⁷⁸ Después de años de guerra y luchas de distintas 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, frente a otras naciones, empresas privadas o iglesias. La Constitución daba las bases legales, pero su puesta en práctica no estuvo exenta de conflictos, resistencias y contradicciones, y el control estatal no fue total.

El Código Sanitario de 1926 fue la ley reglamentaria relativa a la organización sanitaria del país.¹⁷⁹ De acuerdo con el Código, el servicio sanitario de los Estados Unidos Mexicanos 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,¹⁸⁰ los delegados del Departamento 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 sus servicios” (art. 9). La administración sanitaria comenzó a

¹⁷⁷ Véase capítulo 2.

¹⁷⁸ CUMBERLAND, *La revolución mexicana*, p. 325.

¹⁷⁹ *Código Sanitario* de 1926.

¹⁸⁰ 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.

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.

Las actividades del DSP y de sus delegados en todo el país, así como su coordinación con las autoridades sanitarias de los estados 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 estados¹⁸¹ firmaron acuerdos tendentes a favorecer el trabajo conjunto de las autoridades sanitarias locales con las federales, incluso a un nivel de “comedimiento, atención y mesura”.¹⁸² Las resoluciones de la Reunión fueron presentadas en cinco capítulos relativos a: I) la colaboración entre las autoridades locales y federales; II) los conflictos entre estas; 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.¹⁸³

De acuerdo con el capítulo V, cada estado debía nombrar una misión de propaganda antivenérea con recursos 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.”¹⁸⁴ Cuando las autoridades sanitarias suscribieron estos acuerdos en septiembre de 1927, una misión antivenérea del DSP ya realizaba sus labores de propaganda en distintas partes de país. Con esto, el Departamento buscaba tener un mayor apoyo en los estados para continuar con estas actividades y hacerlas más constantes.

De acuerdo con las resoluciones de la Reunión de 1927, 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

¹⁸¹ Aguascalientes, Campeche, Coahuila, Colima, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas. Desde luego, también el Distrito Federal.

¹⁸² AHSSA, SP, SJ, c. 8, exp. 18.

¹⁸³ AHSSA, SP, SJ, c. 8, exp. 18.

¹⁸⁴ AHSSA, SP, SJ, c. 8, exp. 18.

se hubieran curado. Además, los funcionarios sanitarios en los estados también debían lograr que los gobiernos locales implantaran “cursos especiales de educación sexual en las escuelas superiores universitarias de ambos sexos”.¹⁸⁵ Estos objetivos eran bastante ambiciosos y no hubo mayores instrucciones sobre la manera de concretarlos.

Las autoridades enfrentaban 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 1922.¹⁸⁶ Además, las luchas armadas en distintas partes del país, producto de la rebelión delahuertista (1923-1924) y de los conflictos religiosos (1926-1929) dificultaban las labores del DSP.¹⁸⁷ A pesar de ello, las autoridades no desistieron y buscaron la consolidar la administración sanitaria nacional.

A fin de lograr una mejor organización en los estados y una coordinación eficiente a nivel federal, la Reunión de Autoridades Sanitarias también promovió la creación de unidades sanitarias, las cuales tendrían como base los municipios y contarían con la participación de los gobiernos de los estados, de la federación, y si era el caso, de la iniciativa privada.¹⁸⁸ 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 epidemias.

Después de varios años de “experimentar” con las unidades sanitarias, el *Diario Oficial de la Federación* publicó la “Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República entre el Departamento de Salubridad y los gobiernos de los Estados”, el 22 de agosto de 1934. Esta ley fue incorporada al nuevo Código Sanitario de ese mismo año y declaró “de interés público para la salubridad general de la República, la unificación, coordinación y cooperación en materia de servicios sanitarios, en lo que pueda afectar a la Federación” (art. 26). A fin de solventar los costos de las unidades sanitarias cooperativas inició la firma de convenios en los que los gobiernos locales y el federal

¹⁸⁵ AHSSA, SP, SJ, c. 8, exp. 18..

¹⁸⁶ GUDIÑO, MAGAÑA-VALLADARES, y HERNÁNDEZ, “La Escuela de Salud Pública en México”, pp. 81-91.

¹⁸⁷ MEYER, *La Cristiada*.

¹⁸⁸ La primera unidad sanitaria fue instalada en Minatitlán-Puerto México en el estado de Veracruz en 1928. Posteriormente se creó la del puerto de Veracruz, a instancias del gobierno del estado, del municipio, de la federación y de la Fundación Rockefeller. También se crearon en 1929 las unidades sanitarias de Tierra Blanca y Tuxtepec. AHSSA, SP, SJ, c. 13, exp. 1. BUSTAMANTE, *La coordinación de los servicios sanitarios*.

establecieran compromisos. En los convenios se precisaba el periodo de vigencia de los mismos, las cantidades de dinero y demás recursos muebles e inmuebles que debían aportar las partes.¹⁸⁹ El ejercicio de los presupuestos sería vigilado por el Fisco Federal y por un representante del gobierno local.¹⁹⁰

No obstante las pretensiones de unidad y uniformidad, las especificidades locales marcaron las acciones sanitarias llevadas a cabo, puesto que las patologías, las necesidades de prevención y atención, así como los recursos destinados variaban según las regiones. Así, se impulsaron campañas sanitarias enfocadas a problemas sanitarios específicos, como las llamadas “enfermedades tropicales”. La lucha contra enfermedades como la fiebre amarilla, la uncinariasis, la malaria y la oncocercosis fue intensa en estados como Veracruz, Chiapas o Guerrero. Cabe destacar que en dichas campañas no sólo se expresaron las necesidades locales, sino los intereses internacionales, los cuales quedaron de manifiesto con la participación de la Fundación Rockefeller. Por otra parte, aunque dichas campañas tomaron en cuenta ciertas patologías endémicas, no buscaron resolver otros problemas de salud más apremiantes que hubieran implicado una mejora en las condiciones generales de vida de la población. Por el contrario, se enfocaron en campañas que pudieran tener resultados más espectaculares en menor tiempo, y que a la vez dieran ciertas garantías sanitarias al comercio internacional.¹⁹¹

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 locales como “la médula”.¹⁹² A pesar de ello y de la insistencia en que los estados administraran “todos los asuntos que le pertenezcan exclusivamente”,¹⁹³ la atribución de funciones no fue siempre clara. Esto se verá en los intentos por establecer un reglamento federal de la prostitución.

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

¹⁸⁹ AHSSA, SP, SJ, c. 16, exp. 16. BUSTAMANTE, *La coordinación de los servicios sanitarios*.

¹⁹⁰ *Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios*, pp. 1015-1016.

¹⁹¹ CUETO, “Los ciclos de la erradicación”, pp. 179-201. BIRN, ““Revolución nada más”” pp. 257-286. CUETO, “La salud internacional, la Guerra Fría y la erradicación de la malaria en México”, pp. 313-338.

¹⁹² AHSSA, SP, SJ, c. 13, exp. 1, Acta de sesión del DSP, 22 de enero de 1931.

¹⁹³ AHSSA, SP, SJ, c. 13, exp. 1, Acta de sesión del DSP, 22 de enero de 1931.

sus prioridades a obreros y campesinos.¹⁹⁴ El Plan Sexenal fue redactado antes de las elecciones presidenciales de 1934 y buscaba ser una “plataforma política para el candidato”¹⁹⁵ 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.¹⁹⁶ Aunque se ha considerado que el Plan tenía “una función política más que económica o técnica”,¹⁹⁷ los integrantes del Departamento de Salubridad Pública apelaron a lo escrito en él para impulsar la campaña antivenérea.

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, aprobar legislación y coordinar las acciones de las autoridades sanitarias federales, locales y municipales.¹⁹⁸ 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.”¹⁹⁹

En la década de 1930 el DSP procuró que la lucha antivenérea fuera más constante y sistemática, con base en la legislación vigente y la creciente administración sanitaria. De acuerdo con el Plan Sexenal, el DSP elaboró un “Proyecto de reglamento Federal de la campaña contra las enfermedades venéreas” en 1935.²⁰⁰ Éste incluía diez capítulos referentes a: la curación obligatoria, las obligaciones de quienes ejercían la medicina, los dispensarios y hospitales, el contagio nutricional, 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 Departamento, quienes argumentaron también la necesidad de abolir los reglamentos de prostitución y de modificar el Código Penal para penalizar el contagio a sabiendas.²⁰¹ El proyecto fue

¹⁹⁴ CARRILLO, “Salud pública y poder durante el Cardenismo”, pp. 145-178. BIRN, “A Revolution in Rural Health”, pp. 43-76.

¹⁹⁵ MEYER, “La Revolución Mexicana y sus elecciones presidenciales”, p. 181.

¹⁹⁶ LUNA, “La administración estatal y el régimen político”, p. 254.

¹⁹⁷ LUNA, “La administración estatal y el régimen político”, p. 254.

¹⁹⁸ *Plan sexenal*, 1934. El presupuesto del DSP fue del 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, p. 77. CARRILLO, “Salud pública y poder durante el Cardenismo”, pp. 148-149.

¹⁹⁹ *Plan sexenal*, 1934, p. 81.

²⁰⁰ AHSSA, SP, SJ, c. 43, exp. 1.

²⁰¹ AHSSA, SP, SJ, c. 48, exp. 5, 1939.

enviado a la Cámara de Diputados para su aprobación en 1935, 1937, 1938 y 1939. A pesar de la insistencia del DSP el Reglamento de la Campaña Antivenérea publicado hasta enero de 1940.²⁰² 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 quizá el que presentó más controversias, como se verá en el capítulo 4.

La demora en la aprobación del Proyecto de reglamento no detuvo las actividades para la prevención de la sífilis y la gonorrea. 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 locales. Los esfuerzos por sistematizar la lucha persistieron. A inicios de 1939 el DSP fundó la Liga Nacional contra el Peligro Venéreo, a iniciativa del I 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.²⁰³

La reorganización de la administración sanitaria después de la Revolución permitió a las autoridades plantear una lucha antivenérea nacional, que llevaría a cabo principalmente por medio de leyes y propaganda. Así se trató de enfrentar un problema social, concerniente a “todos” por su influencia en el futuro de *la raza*. La lucha también formó parte de un proceso de construcción del Estado, que después de años de guerra buscaba poner orden en la administración pública y controlar a la población. Pero estos intentos no estuvieron exentos de contradicciones y ambigüedades y enfrentaron dificultades, resistencias y críticas. La legislación “antivenérea” es una muestra de ello.

²⁰² *Boletín de Salubridad e Higiene*, núm. 2, 1940, pp. 225-230.

²⁰³ VILLELA, “La Liga Nacional contra el Peligro Venéreo”, pp. 519-526. Aunque hasta el momento no he localizado fuentes referentes al funcionamiento de la Liga Nacional Antivenérea, el capítulo 6 amplía la información acerca de ella.

SEGUNDA PARTE: LEGISLACIÓN “ANTIVENÉREA”

PREVENIR, CURAR Y NO CONTAGIAR

Aunque fue sólo hasta 1940 que hubo en México una “legislación antivenérea” propiamente dicha, es decir, que agrupaba en un sólo ordenamiento las diversas acciones a seguir como parte de la lucha, hubo con anterioridad esfuerzos por plasmar en leyes y reglamentos las normas necesarias para evitar, o en su caso, castigar el contagio venéreo. Estas leyes encaminadas a prevenir tales enfermedades no sólo involucraron a las autoridades sanitarias, sino también a las civiles y a las judiciales. Si bien estos ordenamientos formaron parte de la lucha antivenérea, varios de ellos no fueron pensados exclusivamente para la prevención de la sífilis y la gonorrea, sino que buscaban evitar otras enfermedades que también amenazaban a *la raza*.

La intención de combatir la propagación de padecimientos venéreos a partir de la aplicación leyes no fue exclusiva de México. La Primera Guerra Mundial y el movimiento de tropas evidenciaron que no había país indemne de las enfermedades venéreas y que era urgente llevar a cabo una lucha sistemática al interior de las fronteras nacionales, pero también mediante una “cooperación estrecha entre todos los pueblos”.¹

Uno de los aspectos de la lucha antivenérea más debatidos a nivel internacional fue si la legislación que pretendía evitar los contagios debía tan sólo procurar los elementos necesarios para la educación y la persuasión, o si además debía imponerse y obligar a la población a acatar las medidas preventivas. ¿Era mejor recomendar a la población las medidas higiénicas para evitar el contagio, dejando en la conciencia de cada persona sus propias decisiones? O bien, ¿era preferible hacer que se acataran las medidas sanitarias, aun con el uso de la fuerza, en nombre del bienestar social y del porvenir de *la raza*? Este debate planteaba la tensión entre la libertad individual y las prerrogativas estatales, y fue resuelto de formas distintas en los diferentes países.

Aunque generalmente fue señalada la necesidad de acompañar cualquier medida sanitaria con la educación higiénica, persistieron fuertes diferencias entre los partidarios de

¹ CAVAILLON, *Les législations antivénériennes*, p. 24.

la “libertad” y los de la “coerción”. Quienes defendían la libertad alegaban que era sólo mediante la persuasión que se podía lograr la prevención de las enfermedades venéreas, que tratar de obligar a la gente no conllevaba buenos resultados, y que por ninguna razón debía percibirse “detrás del médico al gendarme”.² Por su parte, aquellos que defendían la obligatoriedad de las medidas higiénicas y de prevención argumentaban que las “leyes coercitivas” eran de gran utilidad, pues de otra manera no se aplicarían.³ Además, consideraban que un asunto de tanta trascendencia para el futuro de la nación y *la raza* no se podía dejar al arbitrio o la buena voluntad de las personas.

El “país tipo” de la libertad era la Gran Bretaña, en tanto que el de la coerción, eran los Estados Unidos, esto debido a su tendencia a optar principalmente por la recomendación y la imposición de las medidas sanitarias, respectivamente. En otros lugares hubo leyes que exigían el cumplimiento forzoso sólo de algunas medidas, en tanto que otras quedaban a consideración de las personas. Alemania y Checoslovaquia, por ejemplo, tenían algunas “leyes coercitivas”, pero no prohibían la prostitución. Francia y Bélgica, por su parte, proclaman su “amor a la libertad”, salvo en lo relativo al control prostibulario.⁴ En México, las autoridades sanitarias hablaban de la prioridad de la persuasión y daban gran importancia a la difusión de propaganda, pero al mismo tiempo promovieron leyes que trataban de someter a sectores cada vez más grandes de la población. Sin embargo, la aplicación de la legislación no era sencilla y su cumplimiento no siempre tuvo el carácter obligatorio que en teoría mandaban los ordenamientos legales, como se verá más adelante.

La legislación antivenérea analizada en varias partes del mundo estaba relacionada con los siguientes temas: la regulación y en algunos casos la prohibición de la prostitución, el tratamiento forzoso de los enfermos, la investigación de los portadores de “gérmenes”, la declaración obligatoria de los pacientes venéreos ante las autoridades sanitarias, el certificado de salud prenupcial y la penalización por contagio venéreo. Otros temas a discusión fueron las formas de evitar el charlatanismo y el contagio nutricional, así como las implicaciones civiles de la “contaminación venérea”, como el divorcio y el pago de indemnizaciones.

² CAVAILLON, *Les législations antivénériennes*, p. 27.

³ CAVAILLON, *Les législations antivénériennes*, pp. 28-29.

⁴ CAVAILLON, *Les Législations antivénériennes*, p. 29.

En las polémicas sobre la legislación antivenérea se hizo énfasis en que la sífilis y la gonorrea, a diferencia de otras patologías, eran llamadas “secretas”. Su connotación sexual, aun cuando se reconocían formas de contagio “extravenéreas”, hacía que fueran señaladas como vergonzosas y que en muchos casos se trataran de ocultar, aun a costa de la propia salud. Por ello, las medidas sanitarias encaminadas a identificar a los enfermos venéreos podían exponer a las personas a situaciones incómodas, como las revisiones médicas y los registros, que en ocasiones se consideraron ofensivas para el pudor.

Esta delicada condición de los pacientes venéreos y demás personas sujetas a las medidas sanitarias antivenéreas, llevaba a los especialistas a cuestionarse si la sífilis y la gonorrea podían considerarse como cualquier otra enfermedad al momento de legislar y hacer cumplir la ley. ¿Se debía “denunciar”, aislar y tratar a los enfermos venéreos de la misma forma que a otros pacientes con padecimientos infectocontagiosos? Para algunos la respuesta era afirmativa, pues era tan inadmisibile que un sifilítico tuviera contactos sexuales “libremente”, como inaceptable que una persona con viruela paseara por las calles o que un niño con tifo acudiera a la escuela.⁵ Para otros no sólo era inviable, sino contraproducente tratar de someter a los pacientes venéreos a las mismas regulaciones.

En México también hubo opiniones opuestas que expresaban la preferencia por la libertad o por la obligación de la adopción de las medidas de prevención del contagio venéreo. Algunas interrogantes planteadas en el debate acerca de la acción sanitaria fueron las siguientes: ¿Hasta dónde debía intervenir el Estado? ¿Hasta qué punto debían respetarse las libertades individuales? Aun si se reconocía la utilidad de la obligatoriedad de las medidas sanitarias, ¿el Estado mexicano y sus instituciones serían capaces de hacer cumplir la legislación antivenérea? ¿Cómo reaccionaría la población mexicana?

La legislación antivenérea expresó el creciente interés del Estado mexicano por controlar cada vez más aspectos de la vida social y de las personas. La elección de pareja, las relaciones sexuales y el matrimonio fueron considerados asuntos públicos que debían ser regulados, aun en detrimento de los individuos. El Estado se presentaba como garante de salud, y por lo mismo reservaba para sí atribuciones que le permitían intervenir en la

⁵ CAVAILLON, *Les Législations antivenériennes*, p. 38.

intimidad de las personas, al obligarlos a someterse a exámenes médicos que podían ser determinantes para negar matrimonios o castigar a quienes transmitieran su enfermedad.

La legislación abarcó a grupos cada vez más amplios de la sociedad y no se limitó como antaño, al control de las prostitutas. Como seres sexuados, todas las personas podían ser objeto de la regulación sanitaria. Sin embargo, la aplicación de las leyes no fue sencilla ni total. La interacción de la población con las autoridades sanitarias no estuvo exenta de ambigüedades, ambivalencias, contradicciones y resistencias.

CAPÍTULO 2

Matrimonio eugénico y certificado prenupcial

El matrimonio fue un asunto fundamental para el Estado mexicano y por lo mismo cada vez se pretendió tener un control mayor sobre él, tanto legal como sanitario. Desde el siglo XIX, el matrimonio fue motivo de disputas entre la Iglesia y el Estado, debido a la secularización promovida por este último. Tras la Revolución, el proceso de secularización no sólo continuó, sino que fue profundizado y las nuevas leyes fueron regulando cada vez más aspectos de las uniones maritales, desde su inicio hasta su disolución. Por otra parte, el matrimonio fue entendido como un contrato que, aunque celebrado entre particulares, tenía gran importancia social debido en parte a que una de sus finalidades principales –de acuerdo con las mismas leyes– era la procreación. Por medio del certificado prenupcial, el Estado pretendía vigilar y constituirse en el garante de la salud de los contrayentes a fin de que la descendencia fuera sana.

El buen cuidado del cuerpo y la salud de las parejas que se casaban era un ideal que médicos y eugenistas defendían, por el bien de *la raza*. Sin embargo, no hubo entre los especialistas un consenso acerca de la pertinencia de la obligatoriedad del documento. Las autoridades sanitarias promovieron su exigencia, pero enfrentaron numerosos cuestionamientos. Y en la práctica, la situación no fue mejor. La aplicación de la ley enfrentó dificultades, desde la poca importancia concedida al enlace civil por numerosas personas, la falta de la exigencia del documento por las mismas autoridades o la expedición de certificados fraudulentos.

Matrimonio: un contrato regulado por el Estado

Antes de 1857 no hubo en México leyes civiles que se ocuparan del matrimonio, pues hasta entonces se consideraba un asunto de derecho canónico bajo la potestad de la Iglesia.⁶ Durante el siglo XIX las nociones acerca del matrimonio cambiaron y las autoridades estatales mexicanas no lo consideraron un sacramento instituido por Cristo sino una institución creada por los legisladores, y por lo mismo susceptible de ser regulada y modificada. Con el tiempo, esta forma de concebir y legislar el matrimonio permitió que el certificado médico prenupcial llegara a ser un requisito en la celebración del mismo.

Las primeras leyes mexicanas que distinguieron al matrimonio civil del eclesiástico fueron promulgadas a partir de la segunda mitad del siglo XIX. La Ley del Registro Civil del 27 de enero de 1857 estableció que el matrimonio era un acto del estado civil, al igual que el registro de nacimiento, la adopción, el sacerdocio, la profesión de voto temporal o perpetuo, y la muerte (art. 12). Aunque esta ley no prescribía cómo debía celebrarse, sí planteó la separación entre el matrimonio como sacramento y como contrato.⁷

La regulación del matrimonio como contrato fue dada con la Ley de Matrimonio Civil del 23 de julio 1859, una de las llamadas “leyes de Reforma” decretada por el entonces presidente interino Benito Juárez.⁸ En ella se estableció que “por la independencia declarada de los negocios civiles del Estado, respecto de los eclesiásticos, ha cesado la delegación que el soberano había hecho al clero para que con sólo su intervención en el matrimonio, este contrato surtiera todos sus efectos civiles”.⁹

Las leyes sobre el registro civil y el matrimonio fueron promulgadas en momentos de intensas luchas entre los partidarios de la Constitución liberal de 1857 y grupos conservadores que defendían las antiguas prerrogativas de la Iglesia. Durante la Guerra de Reforma, el gobierno constitucionalista de Benito Juárez promulgó otras leyes que buscaban la separación de la Iglesia y el Estado, como la nacionalización de los bienes del clero (12 de julio de 1859), la secularización de los cementerios (31 de julio de 1859) y la

⁶ ADAME, *El matrimonio civil en México*, p. 1.

⁷ ADAME, *El matrimonio civil en México*, p. 6.

⁸ ADAME, *El matrimonio civil en México*, p. 7-8.

⁹ “Ley de Matrimonio Civil del 23 de julio 1859”, p. 642.

libertad de cultos (4 de diciembre de 1860).¹⁰ Con anterioridad ya se habían promulgado otras leyes que pretendían instaurar un nuevo orden liberal, como la Ley Juárez (23 de noviembre de 1855) que abolía los fueros civiles y militares en materia civil y penal, y la Ley Lerdo (25 de junio de 1856) sobre la desamortización de las fincas rústicas y urbanas de las corporaciones civiles y religiosas.¹¹ Estas leyes encontraron una “firme oposición” de la Iglesia Católica que las consideraba un ataque no sólo a sus derechos, sino al catolicismo mismo.¹²

Los conflictos internos en México aunados a una delicada situación internacional, producto de los compromisos y deudas adquiridas por liberales y conservadores durante la Guerra de Reforma, favorecieron la intervención francesa y el establecimiento del gobierno del príncipe católico Maximiliano de Habsburgo.¹³ Durante el llamado Segundo Imperio (1863-1867), la separación del matrimonio sacramental y civil continuó. Se conservó el registro civil y la obligación de notificar los matrimonios ante el Estado, con base en la Ley del Registro del Estado Civil del 1 de noviembre de 1865.¹⁴

Tras la derrota del Segundo Imperio, el presidente Juárez emitió un decreto que reconocía los matrimonios celebrados durante el gobierno del emperador Maximiliano de Habsburgo, pero también estableció que en lo sucesivo tendría vigencia nuevamente la ley de 1859.¹⁵

La ley del Registro Civil de 1859 fue elevada a rango constitucional por decreto del 25 de septiembre de 1873, durante la presidencia de Sebastián Lerdo de Tejada.¹⁶ Un año más tarde, el Congreso de la Unión reglamentó las adiciones y reformas a la Constitución de 1857.¹⁷ Así, se reiteró que “el Estado y la Iglesia son independientes entre sí” y en cuanto al matrimonio, que éste es un contrato civil “de la exclusiva competencia de los funcionarios del orden civil”. En lo sucesivo, los estados de la federación debían legislar lo relativo al estado civil de las personas y reglamentar su celebración y registro.¹⁸

¹⁰ LIRA, y STAPLES, “Del desastre a la reconstrucción republicana, 1848-1876”, pp. 464-467.

¹¹ LIRA, y STAPLES, “Del desastre a la reconstrucción republicana, 1848-1876”, pp. 451-453.

¹² KNOWLTON, “Some Practical Effects of Clerical Opposition to the Mexican Reform”, pp. 246-256.

¹³ KNOWLTON, “Some Practical Effects of Clerical Opposition to the Mexican Reform”, pp. 467-474.

¹⁴ ADAME, *El matrimonio Civil*, p. 10.

¹⁵ Por decreto del 5 de diciembre de 1867. ADAME, *El matrimonio Civil*, p. 13.

¹⁶ DUBLÁN y LOZANO (comps.), *Legislación mexicana*, p. 502.

¹⁷ DUBLÁN y LOZANO (comps.), *Legislación mexicana*, pp. 683-688.

¹⁸ DUBLÁN y LOZANO (comps.), *Legislación mexicana*, pp. 683-688.

Aunque las leyes que distinguían el matrimonio como sacramento y como contrato fueron aprobadas, “la transición de la legitimidad confesional a la civil fue lenta”.¹⁹ Esto es, que las uniones conyugales consideradas legales a partir de 1857 no tuvieron un aumento significativo por el hecho de que fueran promulgadas las leyes. Los matrimonios religiosos y las uniones libres continuaron, y el incremento de los matrimonios legales no fue inmediato, sino que se podría estimar que la proporción entre estos últimos y los otros tipos de uniones conyugales fue similar sólo 90 años después de la aprobación de las leyes de reforma.²⁰

Los códigos civiles del Distrito Federal de 1870 y 1884, de acuerdo con la Constitución de 1857, sostuvieron que el matrimonio era un contrato civil. Esta idea, sin embargo, generó polémica entre los juristas mexicanos, pues había quienes como Agustín Verdugo²¹ consideraban que el matrimonio “propriadamente dicho” era el canónico y que no se podía equiparar a ningún contrato. Por otra parte, juristas como Esteban Calva y Manuel Mateos Alarcón afirmaban que el matrimonio era una institución jurídica vigente y su carácter contractual era para diferenciarlo claramente del sacramento.²²

Aunque las leyes mexicanas del siglo XIX plantearon cambios importantes en lo relativo al matrimonio, hubo permanencias. En general, la legislación decimonónica reconoció que el matrimonio era la unión indisoluble entre un sólo hombre y una sola mujer y que tenía como fines fundamentales la ayuda mutua y la procreación. En este sentido, no representó novedades respecto al derecho canónico. El cambio más importante fue considerar que el matrimonio era “materia legislativa” y por tanto, “lo que decía el legislador”.²³ Esta noción tenía diversas implicaciones: el matrimonio no era una “institución natural previa al derecho”, no era sacramento, dejaba sin “protección jurídica”

¹⁹ QUILODRÁN, *Un siglo de matrimonio en México*, p. 307.

²⁰ QUILODRÁN, *Un siglo de matrimonio en México*, pp. 307-308.

²¹ Agustín Vergugo (1858-1906) nació en Sinaloa e hizo sus estudios en Derecho en Guadalajara, donde ejerció como abogado. Fue catedrático en la Escuela Nacional de Jurisprudencia. Fue autor y traductor de distintos textos especializados y director de las revistas *El Derecho*, *órgano de la Academia Mexicana de Jurisprudencia y Legislación*, y de *Ciencia Jurídica* (1897). *Diccionario Porrúa*.

²² ADAME, *El matrimonio Civil*, pp. 24-27. Esteban Calva fue juez segundo de lo civil y Manuel Mateos Alarcón, magistrado del Tribunal Superior y miembro de la Academia Mexicana de Legislación y Jurisprudencia.

²³ ADAME, *El matrimonio Civil*, p. 30.

al canónico, quedaba bajo la “exclusiva competencia” de las autoridades civiles y su regulación quedaba sujeta a las leyes del Estado.²⁴

Con la Revolución fue reiterado el carácter contractual del vínculo, aunque hubo modificaciones con respecto a la legislación decimonónica, como la aceptación del divorcio vincular. Con anterioridad, tanto las leyes civiles como eclesiásticas aceptaban el divorcio, pero entendido sólo como la separación física de los cónyuges, ya fuera temporal o definitiva, pero sin la posibilidad de volver a contraer nupcias.²⁵

La primera ley que estableció el divorcio vincular fue decretada por Venustiano Carranza, Jefe del Ejército Constitucionalista, el 29 de diciembre de 1914.²⁶ En la exposición de motivos de la ley sobre el divorcio vincular destacaba el carácter contractual del matrimonio y la expresión de la voluntad de las partes en su realización. Por ello, ante la falta del deseo de los esposos de permanecer unidos, se consideró que la ley no debía obligarlos. El matrimonio podía ser disuelto “ya sea por el mutuo y libre consentimiento de los cónyuges cuando el matrimonio tenga más de tres años de celebrado, o en cualquier tiempo por causas que hagan imposible o indebida la realización de los fines del matrimonio, o por faltas graves de alguno de los cónyuges, que hagan irreparable la desavenencia conyugal.”²⁷

Dicho decreto consideraba que el divorcio vincular era un “poderoso factor de moralidad” que evitaba concubinatos al permitir la disolución del vínculo y la posibilidad de volver a casarse.²⁸ En enero de 1915 Carranza emitió un decreto para modificar el Código Civil del Distrito Federal y que “divorcio” se entendiera siempre como vincular.²⁹

Posteriores ordenamientos reafirmaron el matrimonio civil y su disolución. La Ley sobre Relaciones Familiares decretada también por Venustiano Carranza y publicada entre abril y mayo de 1917, reafirmó el divorcio vincular. La Constitución de 1917 en su artículo 130 estableció que “el matrimonio es un contrato civil. Éste y los demás actos del estado

²⁴ ADAME, *El matrimonio civil*, pp. 29-33.

²⁵ Sobre los divorcios eclesiásticos en el siglo XIX, véase ARROM, *La mujer mexicana ante el divorcio eclesiástico*.

²⁶ VILLEGAS y PORRÚA VENERO (coords.), “De la crisis del modelo borbónico al establecimiento de la República Federal”, p. 302.

²⁷ VILLEGAS y PORRÚA VENERO (coords.), “De la crisis del modelo borbónico al establecimiento de la República Federal”, p. 302.

²⁸ VILLEGAS y PORRÚA VENERO (coords.), “De la crisis del modelo borbónico al establecimiento de la República Federal”, p. 302.

²⁹ ADAME, *El matrimonio civil*, p. 38.

civil de las personas, son de la exclusiva competencia de los funcionarios y autoridades del orden civil, en los términos prevenidos por las leyes, y tendrán la fuerza y validez que las mismas les atribuyan”.³⁰

La aprobación de estas leyes despertó polémicas. La Iglesia Católica rechazó esas y otras disposiciones de la Constitución de 1917 porque consideraba que la dejaban “como condenada a muerte”.³¹ El Papa Pío XI lamentó “las condiciones inicuas y aflictivas en que está el catolicismo en la República Mexicana” y en su encíclica *Iniquis Afflictisque* de 1926, calificó de “vejatoria” a la disposición constitucional relativa a que “no se reconoce a la Iglesia ninguna potestad sobre el matrimonio de los cristianos, el cual por lo tanto sólo es válido cuando lo es por derecho civil.”³²

Las feministas también participaron del debate, en general apoyando el divorcio vincular, pero también cuestionando la inequidad que la Ley sobre Relaciones Familiares establecía entre hombres y mujeres.³³ De acuerdo con Gabriela Cano, la influencia del feminismo en la legislación fue “restringida”, pues aunque incorporó algunos de sus planteamientos como la igual capacidad jurídica de hombres y mujeres, persistieron los criterios desiguales en cuanto al divorcio.³⁴

La Ley sobre Relaciones Familiares hablaba de forma explícita de la sífilis y por primera vez en la legislación mexicana, del certificado prenupcial. Según su artículo 76, fracción IV, era causal de divorcio “ser cualquiera de los cónyuges incapaz para llenar los fines del matrimonio, o sufrir sífilis, tuberculosis, enajenación mental incurable, o cualquiera otra enfermedad crónica incurable, que sea, además contagiosa o hereditaria.”³⁵ Aunque los esposos no buscaran el divorcio por una de estas causas, el juez podía, por instancia de alguno de ellos, eximir la obligación de cohabitación sin que cesaran los demás deberes del “cónyuge desgraciado” (art. 87).

La enfermedad como causal de divorcio ya había sido tomada en cuenta con anterioridad. Durante el siglo XIX hubo incluso algunos casos de divorcio eclesiástico por

³⁰ “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, p. 875.

³¹ Pío XI, *Iniquis Afflictisque*, 1926.

³² Pío XI, *Iniquis Afflictisque*, 1926.

³³ MACÍAS, *Contra viento y marea*, p. 56, ORELLANA, “La mujer del porvenir”, p. 127.

³⁴ CANO, “Más de un siglo de feminismo en México”, p. 352.

³⁵ *Ley sobre relaciones familiares*.

la presunta sífilis del marido.³⁶ Por otra parte, la Ley de matrimonio civil de 1859 en su artículo 21, fracción VI establecía como causa legítima de divorcio “la enfermedad grave y contagiosa de alguno de los esposos”.³⁷ El Código Civil del Distrito Federal de 1870 no tuvo consideraciones al respecto, en tanto que el de 1884 incluía como causal de divorcio “una enfermedad crónica, incurable, contagiosa o hereditaria, contraída antes del matrimonio, y que ignorara el cónyuge sano” (art. 227).³⁸

¿Qué tan frecuentemente fue la sífilis una causal de divorcio? Una respuesta a esta interrogante requeriría una amplia pesquisa en archivo que escapa a los fines de la presente investigación. Sin embargo, debe destacarse que en la Ley sobre Relaciones Familiares ya aparece mencionada explícitamente la sífilis, sin dejar lugar a posibles polémicas por la gravedad o “incurabilidad” de la enfermedad.

Surgen entonces otras preguntas, ¿por qué se incluyó a la sífilis como causal de divorcio en 1917? ¿Se debió a un aumento en el número de casos? ¿Éstos se hicieron más evidentes con la guerra y el movimiento de tropas durante la Revolución? ¿Influyeron las ideas sobre la eugenesia y las preocupaciones por evitar la degeneración de *la raza*? Es posible que estos aspectos hayan contribuido, aunque tampoco se puede dar una respuesta concluyente. Lo cierto es que para 1918 los médicos del Consejo de Salubridad, bajo la dirección del doctor José María Rodríguez, estaban decididos a iniciar una campaña sanitaria debido a “la enorme proporción que en los centros populosos hay de enfermos de avería y la amenaza de que esta siga tomando un incremento que invalide las energías vitales de nuestra raza.”³⁹ Y aunque “las circunstancias anormales” que había vivido el país con la guerra habían imposibilitado un registro completo de los enfermos de sífilis en el ejército, el Consejo de Salubridad estimaba que el porcentaje de “averiados” en las tropas no era menor del 15 o 20 por ciento.⁴⁰

Aun sin conocer el número de enfermos, las autoridades sanitarias mexicanas estaban convencidas de la amenaza que representaban los padecimientos venéreos, tanto por un supuesto incremento en el número de casos como por sus repercusiones en *la raza*.

³⁶ El 9% de los casos que estudió Arrom entre 1800 y 1857. La autora proporciona esta información, aunque no profundiza en estos casos. ARROM, *La mujer mexicana*, p. 29.

³⁷ TENA, *Leyes fundamentales*, p. 646.

³⁸ ADAME, *El matrimonio Civil*, p. 21.

³⁹ *La profilaxis de la sífilis en el Consejo*, p. 1.

⁴⁰ *La profilaxis de la sífilis en el Consejo*, p. 57.

De tal manera, buscaron impedir la propagación de estos males, y a partir de 1917 las medidas sanitarias para lograrlo quedaron plasmadas no sólo en las revistas médicas, sino en la legislación mexicana.

El certificado médico prenupcial, una posibilidad

La Ley sobre Relaciones Familiares respondía a la necesidad expresada en el Congreso Constituyente de expedir leyes para “establecer la familia sobre bases más racionales y justas, que eleven a los consortes a la alta misión que la sociedad y la naturaleza ponen a su cargo, de propagar la especie y fundar la familia”.⁴¹ Por ello, desde la exposición de motivos de este ordenamiento ya se planteaba la importancia de la salud de los cónyuges para cumplir cabalmente los fines de su unión.

Era necesario, según dicha Ley, que los esposos estuvieran “lo suficientemente aptos para llenar las funciones fisiológicas y morales que les están encomendadas”, por lo que se debía “incapacitar legalmente a los incapacitados”, es decir

a los que padezcan de impotencia física incurable, a los enfermos de sífilis, tuberculosis o cualquiera otra enfermedad crónica e incurable, que sea además contagiosa o hereditaria, así como a los ebrios habituales, pues todos los que se encuentran en los casos mencionados dejan a sus descendientes herencias patológicas que los hacen débiles e incapaces de un trabajo eficiente, tanto en el orden físico como en el intelectual y transmiten a su vez a las generaciones posteriores su misma debilidad, redundando todo ello en perjuicio de la patria, cuyo vigor depende de la fuerza de sus hijos y en perjuicio también de la misma especie, que, para perfeccionarse, necesita que a la selección natural se añada una cuerda y prudente selección artificial encaminada a orientar y mitigar los rigores de aquélla.⁴²

¿Cómo “incapacitar a los incapacitados”? La respuesta fue, en principio simple: mediante el certificado prenupcial. Entre las formalidades para la celebración del matrimonio se establecía que

Los pretendientes *pueden* acompañar a la misma solicitud las constancias expedidas por dos o más médicos titulados, en las que, bajo la protesta de decir verdad, se asegure que dichos pretendientes no tienen impedimento para celebrar el matrimonio que desean contraer, por estar en el uso expedito de sus facultades

⁴¹ Ley sobre relaciones familiares.

⁴² Ley sobre relaciones familiares.

mentales, no tener alguna de las enfermedades que menciona la ley (entre ellas la sífilis), ni defecto físico que les impida entrar en el estado matrimonial.⁴³

La Ley sobre Relaciones Familiares planteaba la *posibilidad* de que ambos cónyuges presentaran un certificado prenupcial, más no su obligación. Sobre los médicos que examinarían a los pretendientes y la forma en la que llevarían a cabo el reconocimiento no se menciona mayor detalle o requisito. Estos aspectos cobraron gran relevancia en los debates posteriores sobre la exigencia del certificado prenupcial.

La posibilidad de exigir un certificado de salud para la celebración de los matrimonios fue debatida por las autoridades sanitarias. Los integrantes del Consejo de Salubridad discutieron en 1918 las medidas pertinentes para llevar a cabo una campaña antivenérea que pretendía llegar “a todas las capas sociales”.⁴⁴ Casi todos los miembros del Consejo estuvieron de acuerdo con la obligatoriedad del certificado prenupcial, aunque también se reconoció que dicha medida era limitada. Los doctores Manuel Cañas⁴⁵ y Edmundo G. Aragón hicieron notar que el certificado no evitaría que un sifilítico tuviera contactos sexuales, aun si se le prohibía contraer matrimonio. Estos casos, así como las uniones no sancionadas por la ley y los contagios posteriores al matrimonio escapaban al control sanitario del Consejo, y por ello, de acuerdo con los doctores Cañas y Aragón, no había otras medidas al respecto “dignas de ser tomadas en consideración”.⁴⁶

Los integrantes del Consejo también coincidieron en la importancia de que los exámenes prenupciales fueran realizados no sólo por médicos titulados, sino por aquellos que autorizaran las autoridades sanitarias locales. En aquellos lugares en los que se pudiera realizar la prueba de Wassermann, esta debía exigirse, pero dado que no siempre se contaba con los medios necesarios para hacer la prueba, el Consejo decidió dejar a consideración del DSP la manera “fehaciente y satisfactoria” en la que debía comprobarse que no se padecía sífilis.⁴⁷

⁴³ *Ley sobre relaciones familiares*. Las cursivas son mías.

⁴⁴ *La profilaxis de la sífilis en el Consejo*, p. 1.

⁴⁵ El doctor Cañas era dermatólogo y participó en la fundación de la Sociedad Mexicana de Dermatología en 1936.

⁴⁶ *La profilaxis de la sífilis en el Consejo*, p. 37.

⁴⁷ *La profilaxis de la sífilis en el Consejo*, p. 37.

La obligatoriedad del certificado prenupcial propuesta por el Consejo de Salubridad era sólo para los varones, a sugerencia del Dr. José María Rodríguez. ¿Por qué eximir a la mujer de la obligación de presentar el certificado en México? La respuesta del presidente del Consejo fue la siguiente: “sencillamente porque en nuestro medio social la mujer llega al matrimonio sin mancilla en la mayoría de los casos, en tanto que el hombre ha recorrido antes un camino, cuyos accidentes, lo dejan frecuentemente maltrecho.” Y a pesar de que reconocía que no todos los casos eran así, afirmaba que “las leyes no abarcan las excepciones; son el resultado del modo de ser de las mayorías.”⁴⁸

Aunque el resto de los integrantes del Consejo aceptaron que “en estricta justicia” el certificado debía exigirse a los dos contrayentes, había “una serie de consideraciones de orden social” que hacían “prudente” eximir a la mujer de tal obligación dejando, eso sí, la posibilidad de que el juez exigiera “dichas constancias cuando lo creyere conveniente.”⁴⁹

La idea de que el hombre era quien llevaba las enfermedades venéreas al hogar debido a una “vida disipada” o a encuentros ocasionales o frecuentes con prostitutas, era común entre los médicos mexicanos, por lo menos desde finales del siglo XIX⁵⁰ y durante el periodo que abarca este estudio. Los médicos reiteraron no sólo la importancia de la virginidad de la mujer hasta el matrimonio, sino que solían afirmar que era más factible que ellas se abstuvieran de tener relaciones sexuales premaritales debido a los “detalles diferenciales de la función entre los dos sexos” y a las “leyes sociales seculares e inmodificables (por ahora)” que eran más estrictas con la virginidad femenina que con la castidad del varón.⁵¹ Los discursos acerca del fuerte deseo sexual masculino y la importancia de la virginidad femenina eran frecuentemente naturalizados apelando a la fisiología, la anatomía, las costumbres o la religión.⁵² Y aunque algunas medidas sanitarias –como el certificado prenupcial– estaban pensadas aparentemente para proteger a las jóvenes núbiles y a las madres de los impulsos sexuales masculinos, había más interés por controlar la sexualidad femenina, como se verá con la reglamentación prostibularia y la insistencia en la maternidad.

⁴⁸ *La profilaxis de la sífilis en el Consejo*, p. 1.

⁴⁹ *La profilaxis de la sífilis en el Consejo*, p. 31.

⁵⁰ ESTRADA, “La inevitable lujuria masculina”, pp. 117-144. ZAVALA, *El arte de conservar la salud*.

⁵¹ ORTEGA, “Profilaxis venérea”, p. 321.

⁵² TORRES, “Bendita sea tu pureza”, p. 389.

Aunque era una idea aceptada entre los médicos, no había estadísticas que indicaran la frecuencia con la que se daba el contagio venéreo del esposo a la esposa en la sociedad mexicana de la primera mitad del siglo XX. Al respecto, se pueden plantear algunas interrogantes. ¿La mayoría de las mujeres llegaban vírgenes al matrimonio? ¿Eran preferentemente los hombres quienes contagiaban a sus esposas? Las presunciones acerca de la virginidad, las relaciones sexuales premaritales y el contagio de la sífilis, ¿qué tanto obedecían a ideales “socialmente aceptados” y qué tanto se correspondían con la realidad? Imposible dar una respuesta concluyente. Además, habría que considerar otros elementos, como las uniones libres, la importancia concedida a la virginidad en las distintas clases sociales o la influencia de la religión en la conducta sexual de las personas, por mencionar algunos.

La obligatoriedad del certificado prenupcial sólo para los varones también fue propuesta y aceptada en otros países. Este tipo de exigencia tuvo lugar en Panamá⁵³ y en varios estados de la Unión Americana. Incluso en algunos de dichos estados en los que el examen médico prenupcial era requisito indispensable para ambos contrayentes, las mujeres quedaban eximidas de comprobar que no padecían enfermedades venéreas y el certificado sólo consideraba la tuberculosis y las enfermedades mentales.⁵⁴

La propuesta del Consejo de Salubridad para la campaña antivenérea no llegó a materializarse de la manera en la que sus miembros hubiesen deseado. “El proyecto aprobado unánimemente por el Consejo dará los mejores frutos si el Congreso lo sanciona y a esa sanción se aportan los elementos de dinero necesarios para llevarlo al terreno de la práctica.”⁵⁵ Este proyecto no llegó a concretarse.

La Ley sobre Relaciones Familiares no parece haber contado con mejor suerte en lo relativo al certificado médico prenupcial. La ley tuvo críticos que cuestionaban incluso su constitucionalidad, pues fue expedida por el primer jefe del ejército constitucionalista, entonces encargado del Poder Ejecutivo, cuando ya había un Congreso. Además, se llegó a considerar que era “sordamente destructora del núcleo familiar”.⁵⁶

⁵³ Ley n°54 de 1928, CAVAILLON, *Les législations antivénériennes*, p. 533.

⁵⁴ CAVAILLON, *Les législations antivénériennes*, p. 42.

⁵⁵ *La profilaxis de la sífilis en el Consejo*.

⁵⁶ ADAME, *El matrimonio Civil*, p. 42.

El hecho de que la Ley de Relaciones Familiares dijera que “los pretendientes *pueden* acompañar su solicitud...” en lugar de “*deben*”, resultaba fundamental. La revista *Puericultura* de la Sociedad Mexicana de Puericultura,⁵⁷ publicó al respecto lo siguiente: “esta parte de la ley, de orden técnicamente coercitivo, al tornarse potestativa por complacencia de su eufemismo, quedaba, automáticamente convertida en abrogatoria”, a pesar de que la misma ley afirmaba la necesidad de “incapacitar legalmente a los incapacitados por la naturaleza.”⁵⁸ El 27 de julio de 1917 Venustiano Carranza,

con estilo de rectificación, trató de hacer reaccionar la lasitud potestativa de este precepto por medio de una circular que imprime el énfasis de la obligación al certificado médico-prenupcial, aunque, entre peritos jurisconsultos, es cosa corriente que la ley se mantiene inmutable ante el texto de una circular de jerarquía legal inferior.⁵⁹

La pertinencia de la obligatoriedad del certificado prenupcial continuó en las discusiones de las siguientes décadas. Lo que parecía estar fuera de duda, al menos para los médicos, era la importancia social del matrimonio debido fundamentalmente a la salud de la descendencia. Por ello, las uniones de las parejas debían contar con el consejo facultativo desde antes de la celebración del matrimonio. La higiene y la eugenesia constituyeron la base de las recomendaciones médicas que se trataron de difundir, en ocasiones con la obligatoriedad de la ley, y en otras sólo mediante la persuasión y la educación.

Higiene del matrimonio y matrimonio eugenésico

El matrimonio dejó de ser un asunto moral y religioso de la exclusiva competencia de la Iglesia y cada vez fue objeto de más estudios y reflexiones jurídicas y científicas. La relación del matrimonio con el sexo y la procreación atrajo la atención de médicos, psiquiatras y especialistas en derecho.

⁵⁷ En enero de 1930 fue fundada la Sociedad Mexicana de Pediatría, que meses más tarde cambiaría su nombre por el de Sociedad Mexicana de Puericultura. Su presidente honorario fue el Dr. Isidro Espinosa de los Reyes, quien con anterioridad participó en la creación y la organización de los Centros de Higiene Infantil (1923-1928) y fue jefe del Servicio de Higiene Infantil del DSP (1929). ESPINOSA, “Datos biográficos del Dr. Isidro Espinosa de los Reyes”, pp. 64-67.

⁵⁸ NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial desde el punto de vista social”, p. 21.

⁵⁹ NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial desde el punto de vista social”, p. 21.

A decir de Foucault, a partir del siglo XVIII hubo un “interés público” por el sexo y surgió la “población” como un problema económico y político. Los discursos sobre el sexo ya no fueron sólo desde la moralidad, sino desde la racionalidad, por ello, ya no sólo se “juzgaba”, sino que se “administraba”.⁶⁰ Una forma de tratar de administrar el sexo fue la regulación sanitaria del matrimonio. Con ella se buscaba vigilar la salud de las parejas para que sólo hubiera uniones saludables, y por tanto, descendencia vigorosa.⁶¹ La regulación sanitaria del matrimonio llegó a convertirse en ley con el certificado prenupcial, pero trataba de ir más allá de la legislación para que a través de la educación, las parejas interiorizaran y asumieran los consejos médicos.

Durante la primera mitad del siglo XX los médicos mexicanos insistieron en la necesidad de que los matrimonios acataran los dictados de la higiene del matrimonio y de la eugenesia. Este asunto de tanta trascendencia social debía controlarse, o en cierto sentido “administrarse”, si no mediante la fuerza de la ley y el Estado, sí mediante el “consejo facultativo”.

La relación entre el matrimonio y la descendencia se presentaba con obviedad, pues tanto la religión, como el derecho y la medicina plantearon que la procreación era uno de los fines fundamentales del matrimonio.⁶² Éste era, a decir de la Iglesia, un sacramento que tenía en los hijos su “primer bien”, pues “el Creador quiso usar a los hombres como cooperadores en la propagación de la vida.”⁶³ La Ley sobre Relaciones Familiares definió como fines de la unión legal de los cónyuges “perpetuar su especie y ayudarse a llevar el peso de la vida.”⁶⁴ Por su parte, el DSP consideraba al matrimonio como la “unión que se realiza con el objeto principal de propagar la especie, base sobre la que debe descansar esa unidad elemental de las sociedades que es la familia.”⁶⁵

A través del tiempo se ha reconocido que el sexo y los hijos no son exclusivos de los matrimonios. Sin embargo, hasta las primeras décadas del siglo XX cuando los médicos hablaban de asuntos de salud relacionados con la sexualidad, los genitales o el embarazo se referían por lo general a la “higiene del matrimonio” y no a “higiene sexual”.

⁶⁰ FOUCAULT, *Historia de la sexualidad*.

⁶¹ CARRILLO, “La ‘civilización’ del amor”, pp. 409-440.

⁶² ADAME, *El matrimonio Civil. El Educador Católico*. DEBAY, *Hygiène et physiology du mariage*.

⁶³ PÍO XI, “Encíclica Casti Connubii”, p. 14.

⁶⁴ *Ley sobre relaciones familiares*, art. 13.

⁶⁵ “La higiene y el matrimonio”, p. 8.

Desde finales del siglo XVIII y hasta las primeras décadas del siglo XX varios médicos publicaron consejos de higiene del matrimonio que buscaban contribuir a la buena salud de la pareja y sus descendientes.⁶⁶ Los tratados de higiene del matrimonio trataban temas diversos, entre ellos: la edad apropiada para celebrarlo, la anatomía, la fisiología y la limpieza de los genitales masculinos y femeninos, la virginidad, el himen, la “desfloración”, la menstruación, la cópula, el placer, la fecundación, la calipedia o el “arte de crear niños hermosos”, la herencia, el embarazo, el parto, la higiene y alimentación de la madre y del niño, la menopausia, el celibato y la continencia sexual, las enfermedades de los órganos genitales, la impotencia, la esterilidad, las “afecciones eróticas” (erotomanía, histeria, satiriasis, ninfomanía, masturbación), los afrodisíacos y anafrodisíacos, el aborto, entre otros.

A través de la higiene del matrimonio se definían conceptos sobre el cuerpo humano, su salud y patologías sexuales, así como el “deber ser” de hombres y mujeres.⁶⁷ La pareja y su sexualidad quedaban bajo el escrutinio de la mirada médica que elaboraba discursos sobre lo que se debía considerar sano y deseable, y sobre lo que era patológico, y que por tanto debía evitarse. Tales discursos promovieron un vocabulario para referirse al acto sexual. Así, definían al coito como la consumación del “acto generador”, en el que se tenían “sensaciones voluptuosas” y en el que se podía llegar al “espasmo”, que en los varones se daba al momento de la eyaculación.⁶⁸

La higiene del matrimonio establecía una serie de reglas a seguir antes, durante y después del coito que se referían principalmente a la limpieza, la posición y la frecuencia. Tales consejos tenían como prioridad la concepción y el acto sexual en buena medida se suponía en función de ella.⁶⁹ La procreación se consideraba tan importante, que la misma definición del acto sexual en las parejas casadas hacía referencia a ella, pues finalmente se trataba de consumir un “acto generador”. El placer, que en siglos anteriores se había considerado fundamental, quedó en un segundo plano en los discursos médicos

⁶⁶ NÚNEZ, “Los secretos para un feliz matrimonio”, pp. 5-32.

⁶⁷ NÚNEZ, “Los secretos para un feliz matrimonio”, pp. 5-32.

⁶⁸ DEBAY, *Hygiène et physiology du marriage*, pp. 89-93.

⁶⁹ DEBAY, *Hygiène et physiology du marriage*, pp. 93-111.

⁷⁰ NÚNEZ, “Los secretos para un feliz matrimonio”, pp. 5-32.

decimonónicos que planteaban que no era necesario para la fecundación,⁷⁰ sino tan sólo un “aliciente”.⁷¹

Durante la primera mitad del siglo XX la procreación continuó siendo un asunto de gran interés médico debido a su importancia social. La medicalización del matrimonio debía comenzar antes de su celebración, con especial atención desde la elección del cónyuge, pues muchas veces las personas atendían sus intereses personales y económicos, y se olvidaban del “estado corporal” de la pareja.⁷² Los eugenistas mexicanos insistieron no sólo en la necesidad del consejo médico, sino que también plantearon un nuevo concepto de amor.⁷³

El “Código de moral eugénica” propuesto por la Sociedad Eugénica Mexicana establecía, entre otros, que “sobre todas las conveniencias, se debe escoger por esposo a la persona mejor dotada físicamente, que no sufra enfermedades ni se intoxique.”⁷⁴ A fin de elegir a la persona adecuada, los jóvenes debían “aprender a saber enamorarse... aunque suene raro”.⁷⁵ A quienes afirmaban que “al amor no se le puede controlar”, el doctor Alfredo Saavedra⁷⁶ les decía que “el enamorado sabe perfectamente lo que hace”, pues “muchos casos se ha comprobado que antes del ‘inflexible (?) (sic) flechazo de cupido’ valora posibilidades dentro de las relaciones sociales y económicas.”⁷⁷ Tales criterios de los jóvenes para seleccionar a su pareja, hacían ver que era posible educarlos para que también consideraran el estado físico y de salud de la otra persona. En principio, debían tener en cuenta la edad, la posible consanguinidad y que no pertenecieran a regiones en las que hubiera las mismas endemias, por ejemplo, el bocio.⁷⁸

Los eugenistas insistieron en que el amor no se limitaba al instinto y la pasión.⁷⁹ También instaban a los futuros cónyuges, principalmente a las mujeres, a elegir a su pareja

⁷¹ DE L'ISÈRE, *Traité complet des maladies des femmes*, p. 62.

⁷² “La higiene y el matrimonio”, p. 8.

⁷³ CARRILLO, “La ‘civilización’ del amor”.

⁷⁴ “Código de moral eugénica”.

⁷⁵ SAAVEDRA, *Eugenesis y medicina social*, p. 14.

⁷⁶ El doctor Saavedra (1893-1973) fue socio fundador y secretario perpetuo de la Sociedad Mexicana de Eugenesia. Fue promotor de la Escuela de Trabajadoras Sociales, donde dio clases. Ocupó puestos en el Hospital General, en la Secretaría de Salubridad y Asistencia y en el Tribunal para Menores. *Diccionario Porrúa*.

⁷⁷ SAAVEDRA, *Eugenesis y medicina social*, p.14.

⁷⁸ “La higiene y el matrimonio”, p. 8. El bocio es el aumento de tamaño de la glándula tiroides.

⁷⁹ CARRILLO, “La ‘civilización’ del amor”, pp. 427-432.

con un criterio racional y “subordinar los intereses individuales a los colectivos, y poner el bienestar de sus hijos por arriba del propio”.⁸⁰

Según el “Código de moral eugénica”, “antes del matrimonio, se debe consultar al médico, quien recomendará las prácticas higiénicas y hará un estudio minucioso de cada contrayente para garantizar la vida de la especie en las mejores condiciones.”⁸¹ El especialista, según la salud de los contrayentes, debía indicarles si era conveniente el matrimonio o si debían someterse a un tratamiento y postergar su celebración.

Otro tema que planteó la eugenesia fue la posibilidad de controlar la natalidad, más que por el número de hijos, por la “calidad” de los mismos. Esto desató una serie de polémicas en cuanto al matrimonio, el sexo y la decisión de tener hijos.⁸² ¿Quién debe casarse? ¿Quién debe tener descendencia? ¿Es aceptable que las personas se casen y no tengan hijos? ¿Es lícito que una pareja de casados utilice métodos de control de la natalidad? Si es así, ¿en qué casos y por qué medios se debe procurar la “maternidad consciente”? ¿Es viable y ética la esterilización forzada? ¿Quién debe decidir sobre asuntos tan delicados? Se plantearon múltiples argumentos desde puntos de vista legales, teológicos, médicos y morales, que las más de las veces discrepaban entre sí.

Tanto la religión como la ciencia cuestionaron los alcances y los límites de las teorías de la herencia y el impacto que debían tener tanto en la legislación como en las meras recomendaciones acerca del matrimonio y de los hijos.

La “escuela católica”⁸³ y la jerarquía eclesiástica condenaron todos los medios “anticoncepcionales” y criticaron duramente a la eugenesia y la forma “perversa” en la actuaba debido a sus “conjeturas”.⁸⁴ Las opiniones al interior de la Iglesia no fueron, sin embargo, unánimes. Hubo quienes reconocieron la santidad del matrimonio y su elevado fin de engendrar, pero que aceptaron que era lícito “tener coito sin propagar la especie”. Esto “no por egoísmo”, sino sólo en los casos en los que las condiciones económicas y de

⁸⁰ CARRILLO, “La ‘civilización’ del amor”, p. 427.

⁸¹ “Código de moral eugénica”.

⁸² SAADE, “¿Quiénes deben procrear?”

⁸³ TORRUBIANO, *Teología y eugenesia*, p. 25. El autor, católico, cuestiona la ortodoxia vaticana y la “científica” en estos temas y trata de tener un punto de vista intermedio. Según Torrubbiano la “escuela católica” era “aquella corriente del pensamiento filosófico y teológico que hace profesión de atender principalmente al dogma católico como supremo criterio de verdad, para no apartarse nunca de la doctrina oficial de la Iglesia católica”.

⁸⁴ PÍO XI, “Encíclica Casti Connubii”, p. 36.

salud de los padres fueran en detrimento de la prole. Así, “cuando un médico digno y verdaderamente competente aconseje alguna práctica anticoncepcional, creemos libre de toda inmoralidad oír el consejo”.⁸⁵

Muchos médicos consideraron criminal el contagio de padres a hijos y algunos fueron partidarios de la maternidad consciente. “Si una mujer no llena los requisitos fisiológicos y sociales que exigen las funciones de reproducción, estamos autorizados, desde el punto de vista médico social, para aconsejarle la maternidad consciente”.⁸⁶

Otros tantos, al parecer la minoría, estuvieron de acuerdo con la esterilización forzada.⁸⁷ Esta, según médicos como Brioso Vasconcelos,⁸⁸ “es lícita y tiende a mejorar la especie”, pues “la suma de desgracia sería menor si sujetos de constitución perversa y otros enfermos crónicos no vienen al mundo.”⁸⁹ También hubo médicos con puntos de vista críticos respecto a la esterilización. Por ejemplo, Alfonso G. Alarcón⁹⁰ afirmaba que los “razonamientos aparentemente lógicos pueden resultar engañosos”, pues “se cree que esterilizando individuos indeseables se acabará la herencia de sus características no deseadas, pero no se toma en cuenta el factor recesivo”. Las “inexorables leyes de la herencia” hacían imposible que la ciencia “dividiera en dos” a la humanidad.⁹¹ A pesar de las polémicas, el Congreso local del estado de Veracruz aprobó en julio de 1932 una ley de esterilización, de la que no se tienen registros que confirmen o nieguen su aplicación.⁹²

⁸⁵ TORRUBIANO, *Teología y eugenesia*, pp. 120-121.

⁸⁶ CARRILLO, “Aspecto médico social de la maternidad consciente”, p. 369.

⁸⁷ SAADE, “¿Quiénes deben procrear?”, p. 25.

⁸⁸ Ángel Brioso Vasconcelos (Oaxaca, 1883-Ciudad de México 1933). Estudió en la Escuela Nacional de Medicina y en la Escuela Médico Militar. Fue profesor en ambas instituciones, con cursos de Patología, Higiene y Clínica de Venereología. Fue Vocal del DSP (1920), Subdirector de la Comisión Especial para la campaña contra la fiebre amarilla (1921), Jefe de la Sección de estadística del Hospital Militar de Instrucción (1924), Jefe del Servicio de Desinfección del DSP (1926) y del Servicio contra las enfermedades transmisibles del mismo Departamento (1931). Fue miembro de diversas asociaciones médicas nacionales e internacionales, entre ellas la Asociación Médica Mexicana, la Franco-Mexicana, la Sociedad Mexicana de Profilaxis Sanitaria y Moral de las enfermedades Venéreas, la American Public Health Association y la Asociación Médica Panamericana. “Dr. Ángel Brioso Vasconcelos”, pp. 23-24.

⁸⁹ BRIOSO, “La esterilización eugénica”, pp. 1-2.

⁹⁰ El doctor Alarcón (1884-1953) nació en Chilpancingo y al triunfo de Madero fue diputado por Guerrero. Se tituló de medicina en Puebla en 1911 con la tesis “El tratamiento de la sífilis con 606”. Se dedicó a la pediatría en Tampico, donde también fue director del Hospital Civil y jefe de sanidad federal. En 1935 fue trasladado a México, donde se desempeñó como secretario general del Departamento de Pediatría e Higiene Infantil de la Escuela de Medicina. Perteneció a varias sociedades médicas nacionales y extranjeras. *Diccionario Porrúa*.

⁹¹ ALARCÓN, “La esterilización humana como medio de selección”, pp. 205-206.

⁹² SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, *Eugenesia y racismo en México*, pp. 130-132.

No es del interés de la presente investigación profundizar en los debates acerca del control de la natalidad o la esterilización, sin embargo, es importante señalarlos. Algunas de las interrogantes que se plantearon acerca de quiénes debían procrear estuvieron muy relacionadas con la exigencia del certificado prenupcial, pues finalmente se trataba de lograr la mejor descendencia posible.

Aunque no hubo consenso las discusiones acerca de la idoneidad de las personas para procrear, algunas ideas se impusieron en la legislación mexicana: 1) el matrimonio era un asunto civil que tenía implicaciones sociales; 2) era obligación del Estado velar por la salud de los cónyuges para que tuvieran una prole saludable, y; 3) la regulación de los matrimonios debía tener un criterio médico-científico. Estas ideas quedaron de manifiesto con la obligatoriedad del certificado médico prenupcial.

El certificado médico prenupcial, una obligación

La misma historia parecía repetirse una y otra vez. Jóvenes varones aquejados por la sífilis debido a una vida “disipada”, o quizá por una sola “aventura”, ponían en peligro la salud y la vida de sus esposas e hijos. Médicos mexicanos y de varias partes del mundo expresaron su preocupación por situaciones como esa que –según afirmaban– veían frecuentemente entre sus pacientes.

Les avariés o *Los averiados*, una obra en tres actos, daba cuenta de los problemas generados por un hombre que llevó la sífilis al matrimonio. El dramaturgo francés Eugène Brieux escribió esta obra en 1901 y fue presentada con fines didácticos en varios países, entre ellos Argentina.⁹³ En México, la Sociedad Médica Franco-Mexicana propuso su puesta en escena, pero hasta el momento no se ha localizado información que dé cuenta de si se realizó el montaje.⁹⁴

Los averiados narra la historia de Jorge, un joven que poco tiempo antes de casarse fue diagnosticado con sífilis. El médico le aconsejó posponer la boda varios años hasta que el tratamiento se hubiera verificado satisfactoriamente, pero el compromiso social y las ventajas económicas que suponían el enlace llevaron a Jorge a subestimar la

⁹³ FERNÁNDEZ, “Acción desarrollada por la Liga Argentina de Profilaxis social”, p. 152.

⁹⁴ “*Les avariés* traducida al español”, pp. 77-78.

recomendación. No obstante, agobiado con el diagnóstico, pretextó una afección pulmonar para postergar la boda unos meses, los cuales no fueron suficientes para su recuperación. Después del casorio todo iba bien, hasta que su pequeña bebé y su esposa enfermaron víctimas de la sífilis. El drama de los “contagios inocentes” continuó cuando Jorge y su madre pretendieron ocultar el padecimiento de la pequeña para que su nodriza, que estaba sana, no dejara de amamantarla. Sin embargo, la autorizada voz del médico, quien aconsejaba oportunamente, no era escuchada... y entonces se presentó sífilis.⁹⁵

Los médicos mexicanos también se refirieron a la presencia lamentable de la avería en los matrimonios. El *Mensajero de salud*, periódico de divulgación del DSP, publicó varias historias que reiteraban la idea de que el marido llevaba la sífilis al hogar y contagiaba a la esposa y a la prole. Narraba el *Mensajero de salud* que una pareja al poco tiempo de haber contraído nupcias esperaba a su bebé. La feliz pareja vio desaparecer sus ilusiones cuando ella comenzó a sentir dolores. El embarazo no llegó a término debido a la sífilis, contraída por el hombre producto de las “ligerezas de su primera juventud”.⁹⁶

Otra historia de desgracia –contaba el *Mensajero de Salud*– fue la de Gabriel y Carmela, una pareja “excepcional” próxima a casarse. Su desdicha inició después de una fiesta de caridad, cuando Gabriel “se vio obligado por las circunstancias” a acompañar a su casa a una cantante “de costumbres demasiado libres”. Ella, “enloquecida de amor malsano” supo aprovechar los momentos. Dos semanas después Gabriel tuvo que ir al médico, quien le dijo: “estas sifilítico, no puedes casarte por ahora, necesitas curarte por algunos años, de otro modo tendrías hijos enfermos, quizá muertos, harías sifilítica a Carmela.” Los novios atendieron el consejo y celebraron la boda tres años después, y aunque “había desaparecido todo peligro”, “ya no era la pareja excepcional”, sino una que tenía que lidiar con un “porvenir enigmático”.⁹⁷

Las narraciones anteriores dan cuenta de distintos casos en los que la sífilis amenazaba la salud y la felicidad de matrimonios jóvenes. Aunque los protagonistas y los detalles de la historia fueran producto de la imaginación de sus autores, las situaciones en las que los personajes se veían envueltos pretendían ser más una recreación que una

⁹⁵ BRIEUX, *Los averiados*, 1921.

⁹⁶ DEÍNOS, “Así sucede...”, pp. 4-5.

⁹⁷ DEÍNOS, “Porvenir enigmático”, pp. 4-5.

creación. La repetición de historias como estas era, a decir de los médicos, alarmante: gente irresponsable que se casaba a sabiendas de la enfermedad y personas que no seguían un tratamiento adecuado. Las consecuencias: la transmisión de la sífilis a la esposa y a los hijos, taras hereditarias y abortos. Quizá en menor medida, quienes atendían el consejo médico y evitaban males mayores.

¿Cómo evitar que la sífilis llegara al matrimonio, y cómo lograr que se atendieran las prescripciones médicas en caso de enfermedad? Una de las respuestas fue el certificado prenupcial. Su obligatoriedad fue propuesta en México al menos desde 1908, pero la iniciativa no tuvo éxito entonces. La exigencia oficial de un “certificado sanitario de aptitud para el matrimonio” fue discutida en el Segundo Congreso Médico convocado por la Sociedad Médica “Pedro Escobedo”. Posteriormente, el médico de Toluca Andrés Benavides escribió un *Ensayo* al respecto que pretendía enviar al entonces presidente de la República Porfirio Díaz, para persuadirlo de que presentara una iniciativa de ley en este sentido. Estas propuestas no fueron consideradas en ese momento.⁹⁸

La obligatoriedad del certificado médico prenupcial fue discutida y aprobada en varios lugares del mundo. Algunos de los países que legislaron al respecto fueron: Suecia (1915), Noruega (1919), Dinamarca (1922), Alemania (1927), Cuba (1928), Panamá (exigencia sólo a varones, 1928)⁹⁹ y algunos estados de la Unión Americana.¹⁰⁰ Al menos hasta 1930 Francia y Austria no exigieron el certificado, pero había “consultorios prenupciales en París y Viena”.¹⁰¹

En el Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía celebrado en Uruguay en 1922 se debatió la pertinencia de la exigencia del certificado prenupcial. Fueron principalmente los doctores argentinos Fernández Verano, Ángel M. Giménez y Emilio Coni quienes propusieron la exigencia del certificado médico no sólo en la Argentina, sino en toda América.¹⁰²

⁹⁸ BENAVIDES, “Ensayo sobre legislación sanitaria de los matrimonios”, p. 157.

⁹⁹ CAVAILLON, *Les Législations antivénéériennes*.

¹⁰⁰ Los estados que para 1937 habían aprobado el certificado prenupcial eran: Connecticut, Illinois, Louisiana, New Hampshire, North Dakota, Oregon, Wyoming, Michigan y Tennessee. En ese año se discutía su implementación en New York. “New Marital Bill is Discussed”.

¹⁰¹ CAVAILLON, *Les Législations antivénéériennes*, p. 43.

¹⁰² La exigencia del certificado prenupcial fue finalmente aprobada en Argentina en 1936 con la Ley de Profilaxis de Enfermedades Venéreas. Esta ley sólo hizo obligatorio el examen a los varones. BIERNAT, “Médicos, especialistas, políticos y funcionarios”, pp. 257-288.

De acuerdo con el *New York Times*, una ley firmada por el gobernador de Michoacán en 1922 prohibía a los jueces dar la licencia matrimonial, a menos que la solicitud se acompañara con un certificado médico, mismo que sólo sería expedido si ambos contrayentes tenían una “salud perfecta”. Esta ley, según la citada publicación, podía llevar a que disminuyera el número de matrimonios legales debido a la ignorancia de la clase obrera.¹⁰³

La primera ley federal mexicana que exigió el certificado prenupcial fue el Código Sanitario de 1926. Su artículo 131 establecía lo siguiente:

Con las excepciones que los reglamentos determinen, los jueces del Registro Civil y los sacerdotes de los cultos existentes en el país, tienen la obligación de exigir a los que pretendan contraer matrimonio, que acrediten, en los términos de los respectivos reglamentos, que no padecen ninguna de las enfermedades en ellos determinadas, así como que se les ha hecho la reacción de Wasserman o cualquiera otra equivalente a juicio del Departamento de Salubridad. Sin estos requisitos no podrán autorizar la celebración del matrimonio.¹⁰⁴

Este artículo era muy general y dejaba a futuros reglamentos la definición de las características de los certificados y de las enfermedades que podían impedir la celebración del matrimonio. De estas últimas sólo se especificó la sífilis, que era la que se pretendía detectar con la reacción de Wasserman. Su importancia radica sobre todo en la obligatoriedad del certificado para los matrimonios civiles y religiosos en todo el país.

La justificación de la exigencia del certificado que el Departamento presentó ante la sociedad por medio de los periódicos era la siguiente:

El matrimonio, cuando se realiza entre gentes sanas, es un contingente de gran valor para la sociedad. Un matrimonio entre enfermos no hace sino sumar dos miserias, o multiplicarlas, tal vez. Por eso es que la sociedad tiene el mayor interés en que los matrimonios se realicen solamente entre gentes sanas, capacitadas completamente para realizar su misión. Esta es la razón por la cual el Estado, en cumplimiento del deber que tiene de vigilar por la salud y por la prosperidad de la nación, debe cuidar de que no se realicen matrimonios entre personas enfermas, máxime cuando esas enfermedades sean de las que pueden transmitirse por la herencia y que, por lo tanto, obran como factores de degeneración de la raza.¹⁰⁵

¹⁰³ “Mexican Medical Law likely to decrease Legal Marriages”. Hasta el momento no he localizado ninguna ley michoacana de la época en ese sentido.

¹⁰⁴ *Código Sanitario* de 1926.

¹⁰⁵ “La higiene y el matrimonio”, p. 8.

Desde esta perspectiva, la exigencia del certificado respondía al *cumplimiento del deber*, pues el Estado estaba obligado a velar por el bien de la nación y *la raza*, y por tanto, no se trataba de atribuciones arbitrarias. Además, había un interés social en que los matrimonios se celebraran entre personas sanas que pudieran “realizar su misión”, es decir, procrear hijos sanos, útiles a la sociedad.

Las críticas no se hicieron esperar. Esta y otras disposiciones del Código Sanitario, como la regulación del ejercicio de la medicina y el control de la venta de comestibles, fueron motivo de “discusiones verdaderamente acaloradas”.¹⁰⁶ El periódico *El Universal* acusó al DSP por emprender una “cruzada moralizante llevada a cabo por agentes que individualmente son inmorales”. El diario afirmaba que el Departamento había tomado un “rumbo puritano” y una “ética gazmoña de importación”. Se trataba de una medida de “hipocresía social” que había dado “resultados mediocres” en Estados Unidos. A juicio de *El Universal*, el Departamento estaba importando un “puritanismo de pega, que aquí como allá, no tiene mas fruto verdadero que el aumentar la inmoralidad pública con un nuevo caudal de inmoralidades burocráticas.” Y es que se suponía que el certificado sólo impediría los matrimonios y así, favorecería las uniones libres.

Según la opinión de *El Universal*, tal “cruzada moral” estaba fuera de las funciones constitucionales del Departamento, en “desacuerdo con nuestra idiosincrasia y nuestras costumbres” y además, “las primeras y más ultrajadas víctimas” eran las mujeres.¹⁰⁷ Si bien la nota de opinión publicada en *El Universal* no hace referencia explícita al certificado médico prenupcial, puede deducirse que la “cruzada moral” tenía que ver con él. ¿Por qué el certificado quedaba fuera de la Constitución, iba en contra de las costumbres y ultrajaba a las mujeres? Según algunos de sus detractores, el certificado era inmoral y anticonstitucional en la medida en que atacaba la libertad individual.¹⁰⁸ Además, la exigencia del certificado a las mujeres no fue bien vista por quienes consideraban que ellas llegaban generalmente “sin mancilla” al matrimonio,¹⁰⁹ y podían ser sometidas a revisiones íntimas.¹¹⁰ Hubo, sin embargo, mujeres que apoyaron y promovieron el certificado

¹⁰⁶ “Los amparos contra el Código Sanitario”.

¹⁰⁷ “La peligrosa dictadura sanitaria”.

¹⁰⁸ AMOR, “El certificado prenupcial en nuestro medio actual”, p. 354.

¹⁰⁹ *La profilaxis de la sífilis en el Consejo Superior de Salubridad*, p. 1.

¹¹⁰ Acerca de los prejuicios en torno al certificado véase, SÁNCHEZ, “Estudio crítico del certificado médico prenupcial”, p. 47.

prenupcial seguramente como una forma de exigir al varón un buen estado de salud. Entre las “iniciadoras y más constantes defensoras del certificado prenupcial” estuvo la señora Naude, presidenta de la Unión de Mujeres de Hogar.¹¹¹

Ante las críticas y objeciones a la exigencia del certificado prenupcial, el entonces jefe del DSP Gastélum, afirmaba que todas las disposiciones del Código tenían un “criterio científico y legal” que no contradecía la Constitución.¹¹² Además, consideraba falso que el certificado fuera a dificultar las “relaciones lícitas”, puesto que se había visto que el matrimonio ya había estado sujeto a “limitaciones religiosas todavía más difíciles” que no habían sido un obstáculo para que se celebrara. Y aunque Gastélum era consciente de que no se podían evitar la totalidad de los “matrimonios indeseables”, el certificado contribuiría a que en un futuro las uniones entre gente sana fueran un “acontecimiento vulgar”.¹¹³

A pesar de la obligatoriedad del certificado, el Departamento buscaba “antes que nada... la colaboración inteligente y voluntaria” de los involucrados. Esta idea –afirmaba Gastélum– “ha inspirado la reglamentación sobre certificados de salud para contraer matrimonio. No violentaremos ninguna conciencia, porque nadie habrá más interesado por la alegría de sus hijos que sus propios padres.”¹¹⁴

Los miembros del DSP consideraron que era importante la educación higiénica de la población para que la gente cumpliera voluntariamente con el requisito del certificado prenupcial. Por ello, la Campaña Nacional Antivenérea iniciada en 1927 tuvo entre sus objetivos hacer propaganda “para aplicar las disposiciones contenidas en el nuevo Código Sanitario –especialmente las que se refieren a prohibir la celebración de matrimonios entre personas atacadas por enfermedades cuya naturaleza pone en peligro la salud de la especie–”.¹¹⁵ Como se verá en el capítulo 5, el DSP procuró persuadir a la gente de que el certificado era una “garantía” de salud y felicidad. Esta idea fue cuestionada por algunos médicos, eugenistas y trabajadores sociales, quienes en la década de 1930 no sólo criticaron la obligatoriedad del certificado y sus resultados, sino que también señalaron las reacciones y la resistencia de las personas a las que se les exigía dicho documento.

¹¹¹ VILLELA, “Liga Nacional contra el Peligro Venéreo”, p. 521.

¹¹² “El Dr. Gastélum rechaza los cargos que se han hecho al Código Sanitario”, pp. 226-227.

¹¹³ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 13.

¹¹⁴ “Discurso pronunciado por el doctor Bernardo Gastélum en el teatro principal de Toluca”, p. 7.

¹¹⁵ “Informe del Departamento para el Mensaje Presidencial del 1 de septiembre de 1927”, p. 12.

Objeciones y resistencias a la obligatoriedad del certificado médico

A pesar de los esfuerzos del DSP por mostrar las bondades y la conveniencia de la exigencia del certificado médico prenupcial, hubo objeciones desde distintos puntos de vista: desde el social, porque podía favorecer la unión libre; desde el moral, puesto que atacaba la libertad individual; desde el sentimental, ya que “hiere sentimientos respetables”; desde el eugénico debido a la dificultad de establecer las taras transmisibles por herencia; y desde el punto de vista médico, porque no ofrecía “seguridad completa” y era difícil de practicar.¹¹⁶

Una de las críticas más constantes era que el certificado se había exigido sin una previa educación de la población, de manera que la ley no sólo había encontrado “dificultades en la opinión pública no suficientemente preparada”,¹¹⁷ sino que había sido “un fracaso”.¹¹⁸

De acuerdo con el trabajador social del DSP Bernardo Núñez, la exigencia del certificado prenupcial había tenido una “historia efímera” que se podía resumir en tres etapas:

1. Aplicación enérgica, juvenil, sin preparación educativa, ni instructiva y, por consiguiente, con una disminución del número de matrimonios;
2. Acatamiento incierto, débil, y reacción de la gráfica de matrimonios, originada por los certificados médicos fraudulentos;
3. Desaparición de la ley, como por escotillón a tal extremo que, al presente (1931), es letra muerta.¹¹⁹

Aunque el Departamento había llevado a cabo la Campaña Nacional Antivenérea en 1927, los detractores de la obligatoriedad del certificado consideraron que aquella no había cumplido su cometido, al menos en lo relativo al certificado prenupcial. Hacía falta el convencimiento y la persuasión, antes de que fuera obligatorio.¹²⁰ Criticaban que el Código Sanitario no había tenido en cuenta la idiosincrasia ni los prejuicios del “pueblo”, y

¹¹⁶ AMOR, “El certificado prenupcial en nuestro medio actual”, pp. 354-355. CARRILLO, “La ‘civilización’ del amor”, pp. 418-419.

¹¹⁷ CARRILLO, “La ‘civilización’ del amor”, p. 355.

¹¹⁸ TRENS, “El certificado medico prenupcial”, pp. 2-4.

¹¹⁹ NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial desde el punto de vista social”, p. 22.

¹²⁰ SÁNCHEZ, “Estudio crítico del certificado médico prenupcial”, pp. 45-50. TRENS, “El certificado medico prenupcial”, pp. 2-4. AMOR, “El certificado prenupcial en nuestro medio actual”, p. 355.

tampoco había considerado su “indiferencia a la unión legal”.¹²¹ Afirmaban que las consecuencias de esa ley eran la disminución de los matrimonios¹²² y el aumento del porcentaje de hijos “ilegítimos”. Este último era “pavoroso”, “cuanto más si se impone el certificado”.¹²³ La revista *Eugenesia* de la Sociedad Mexicana de Eugenesia, publicó la siguiente estadística:¹²⁴

Año	Nacimiento de hijos Legítimos	Nacimiento de hijos Ilegítimos
1922	239.354	214.289
1923	238.231	232.492
1924	236.691	223.203
1925	245.896	257.635
1926	241.221	242.118
1927	236.723	244.029
1928	250.519	266.545
1929	327.371	307.526
1930	487.278	332.536

Esta información fue tomada del Departamento Nacional de Estadística, pero no se especificó si la estadística se referiría al total de nacimientos en todo el país y tampoco se indica si estos niños eran primogénitos o no. Además, para 1932 –año en que se publica la estadística– las leyes no distinguían ya entre hijos “legítimos” e “ilegítimos”. La Ley sobre Relaciones Familiares había diferenciado a los “legítimos” de los “naturales” o fuera del matrimonio (art. 186), pero el Código Civil de 1928 suprimió tal distinción por considerarla “odiosa” e injusta.¹²⁵

El doctor Manuel B. Trens,¹²⁶ autor de dicho artículo de *Eugenesia*, buscaba resaltar el aumento de nacimientos de hijos “ilegítimos” entre 1925 y 1928, años en los que “según

¹²¹ TRENS, “El certificado medico prenupcial”, p. 3.

¹²² AMOR, “El certificado prenupcial en nuestro medio actual”, p. 355. CARRILLO, “La ‘civilización’ del amor”, p. 411.

¹²³ TRENS, “El certificado medico prenupcial”, pp. 2-4.

¹²⁴ TRENS, “El certificado medico prenupcial”, pp. 2-4.

¹²⁵ ADAME, *El matrimonio Civil* p. 57.

¹²⁶ El doctor Trens (1893-1963) estudió medicina en Mérida, Yucatán. Fue miembro del Consejo Superior de Salubridad de Yucatán y profesor de anatomía en la Universidad yucateca. También fue director del Hospital “Domingo Chanona” en Tuxtla Gutiérrez. Fue jefe de Investigaciones Históricas en Veracruz y director del Archivo General de la Nación. *Diccionario Porrúa*.

recordaba” se había exigido el certificado. Lo anterior lo llevaba a afirmar que ese incremento hacía “pensar en el fracaso de la medida obligatoria”. En efecto, según la estadística, entre 1925 y 1928 hubo un mayor número de nacimientos de hijos “ilegítimos” que “legítimos”, pero la ley que hacía obligatorio el certificado fue aprobada hasta 1926. Además, como no especifica dónde tuvieron lugar los nacimientos y si ahí se aplicó el artículo 131 del Código Sanitario, es difícil –si no imposible– hacer una relación de causa-efecto. Por otra parte, no se sabe si los hijos “ilegítimos” eran los primogénitos de una relación “reciente” (en cuyo caso se podría suponer que el certificado podía ser disuasivo del matrimonio civil), o si por el contrario, eran el fruto de parejas con más tiempo juntos – y quizá con más hijos– que habían decidido no casarse desde antes de que el Código Sanitario fuera aprobado.

Aun suponiendo que los datos que proporcionaba la estadística fueran representativos, ¿podía atribuirse el aumento de hijos nacidos fuera del matrimonio a la exigencia del certificado prenupcial? ¿Qué otras variables pudieron influir? Las estadísticas de nacimientos de hijos “ilegítimos” presentadas en la revista *Eugenesia* no muestran por sí solas la relación causa-efecto que se pretendía demostrar, pues resulta poco convincente suponer que la exigencia del certificado prenupcial fue el único motivo por el cual aumentó tal cifra de nacimientos. Ni siquiera se podría concluir de forma contundente, a partir de dichos datos, que el mayor número de hijos “ilegítimos” era producto de la disminución de matrimonios. Por lo anterior, el criterio para valorar los resultados de la obligatoriedad del certificado a partir de estos datos es al menos cuestionable.

Más allá de la “veracidad” o la “realidad” de la relación entre la exigencia del certificado y el aumento de hijos “ilegítimos”, es importante el uso de la estadística en la argumentación. Los datos se presentaban como una “evidencia objetiva” y “científica”, como si por sí solos bastaran para explicar y hacer evidente que a mayor exigencia del certificado, menor número matrimonios y de hijos “legítimos”.

La creencia de que la obligatoriedad del certificado afectaba el número de nupcias al parecer fue común,¹²⁷ ya que fue uno de los primeros argumentos en contra que Gastélum trató de desmentir. No obstante, de acuerdo con las investigaciones de Julieta Quilodrán

¹²⁷ CARRILLO, “La ‘civilización’ del amor”, p. 411.

sobre el matrimonio en México, entre 1922 y 1944 las tasas de nupcialidad “aumentaron de manera sostenida”.¹²⁸ Este periodo habría tenido dos etapas: una de 1922 a 1926, en que hubo una “recuperación” después de los años de guerra, y otra de 1927 a 1940 en que se dio un “incremento”.¹²⁹

A partir de 1929, las disposiciones legales que hacían obligatoria la celebración del matrimonio civil antes que el religioso, favorecieron el incremento de las uniones civiles.¹³⁰ De acuerdo con las investigaciones de Quilodrán, tales normativas habrían contribuido a que la nupcialidad en México se volviera “esencialmente legal durante el periodo de 1920-1940”.¹³¹

Los detractores del certificado médico prenupcial también reconocieron un incremento en el número de matrimonios civiles a finales de la década de 1920, pero ellos lo atribuyeron a los certificados médicos fraudulentos y posteriormente, a que la exigencia quedó en “letra muerta”.¹³²

Por lo anterior, y teniendo en consideración tanto los estudios de la época como los realizados posteriormente, no es posible hacer una afirmación concluyente respecto a la influencia directa de la exigencia del certificado médico prenupcial en el número de matrimonios. Quizá en algunos casos haya disuadido a las parejas de presentarse ante el juez del registro civil, pero difícilmente se podría decir que fue la tendencia general. Lo cierto, es que uno de los argumentos más importantes de los detractores de la exigencia del certificado fue esa supuesta disminución del número de matrimonios.

Otro de los aspectos de la obligatoriedad del certificado que causó polémica fue el relativo a la libertad individual y la injerencia del Estado en la decisión de casarse de las parejas. Algunos incluso plantearon la posibilidad de recurrir a amparos y a la presión social para evitar tales exigencias, aunque en materia de salubridad el recurso de amparo no había procedido hasta entonces.¹³³

La Iglesia rechazó totalmente que el Estado interviniera en los matrimonios, puesto que alegaba que se trataba de un sacramento instituido por Cristo y encomendado en “toda

¹²⁸ QUILODRÁN, *Un siglo de matrimonio en México*, p. 99.

¹²⁹ QUILODRÁN, *Un siglo de matrimonio en México*, p. 101.

¹³⁰ QUILODRÁN, *Un siglo de matrimonio en México*, p. 101 y 103.

¹³¹ QUILODRÁN, *Un siglo de matrimonio en México*, p. 106.

¹³² NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial”, p. 22.

¹³³ CARRILLO, “La ‘civilización’ del amor”, pp. 418-419.

su disciplina y cuidado a su esposa, la Iglesia”.¹³⁴ El problema era que había “ficciones perniciosas” que habían hecho del matrimonio “un invento de los hombres”, sujeto a sus leyes e intereses alrededor del mundo. El Papa Pío XI afirmaba en su encíclica *Casti Connubii* de 1930, que las “leyes” del matrimonio “no pueden estar sujetas al arbitrio de ningún hombre, ni siquiera al acuerdo de los mismos cónyuges”.¹³⁵ Por ello, la Iglesia rechazó el divorcio y el certificado prenupcial.

Entre médicos y eugenistas “nadie [negaba] la necesidad de salud en el matrimonio para que los hijos no [representaran] lacras sociales tan dolorosas como estigmatizantes”.¹³⁶ Las divergencias comenzaban al plantear cómo era posible “garantizar” la salud de los futuros cónyuges. Algunos defendieron la utilidad del certificado prenupcial, pero persistía la siguiente pregunta: “¿ha de ser un documento privado informativo o público obligatorio?”¹³⁷ Las opiniones estuvieron divididas.

Aunque algunos estudiosos fueron críticos de la “dictadura sanitaria” y de la exigencia del certificado prenupcial, no cuestionaron tanto la injerencia del Estado, como la forma y el momento en el que se pretendían imponer las medidas sanitarias. El Estado, a fin de cuentas, fue reconocido incluso por algunos críticos del certificado, como el garante de la salud de la población. Así, aunque instituciones de beneficencia privadas, médicos particulares y organizaciones científicas no estatales participaran en la prevención de enfermedades y atención a la salud, era el deber del Estado velar por la salud de la población.¹³⁸

“Según muchos eugenistas, el Estado no puede desinteresarse del matrimonio, dejando plena libertad de elección a los cónyuges.”¹³⁹ Pero, ¿cómo intervenir en esa elección? Más allá de la aceptación o el rechazo de la exigencia del certificado, la respuesta nuevamente era la educación. Esta, según algunos médicos y eugenistas, debía recaer fundamentalmente en las instituciones del Estado. “Educar es la misión perenne del Estado”.¹⁴⁰ Y así lo entendió el DSP. Además de las campañas y la propaganda sanitaria, en

¹³⁴ PÍO XI, “Encíclica *Casti Connubii*”, p. 9.

¹³⁵ PÍO XI, “Encíclica *Casti Connubii*”, p. 11.

¹³⁶ AMOR, “El certificado prenupcial en nuestro medio actual”, p. 354.

¹³⁷ NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial”, p. 20.

¹³⁸ “La higiene y el matrimonio”, p. 8.

¹³⁹ SÁNCHEZ, “Estudio crítico del certificado médico prenupcial”, p. 46.

¹⁴⁰ NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial”, p. 26.

1930 el Servicio de Higiene Infantil del Departamento designó, por iniciativa del doctor Isidro Espinosa, a un trabajador social que visitara a algunas de las parejas que querían casarse en el Distrito Federal, a fin de instruir las y persuadirlas de hacerse examinar por un médico antes del enlace nupcial.¹⁴¹

El trabajador social encargado de dicha tarea fue Bernardo Núñez, quien narró su experiencia en la revista *Puericultura*. Ante la imposibilidad de acudir a los domicilios de todas las parejas que pretendían casarse, Núñez fue a las casas de los más jóvenes, “dejando para después con más personal, las visitas a todas las personas.”¹⁴²

Núñez debía llevar a cabo visitas a 700 individuos en 1931, pero le fue imposible localizar a 140 (20%) de ellos porque los domicilios eran falsos o erróneos. Esto –decía el trabajador social– podía ser producto de la mala urbanización o de la falta de registro de inquilinos en la portería de lugares en los que habitaban hasta 600 personas. Entre los 560 que sí pudo entrevistar no faltaron “polemistas baratos”, situaciones “equívocas, cómicas, dramáticas” que “inocentemente violaban el sigilo medioeval de pareja que impetraba a himeneo.”¹⁴³ En estas visitas procuró “infiltrar con escrupulosa integridad”

un concepto claro de reproducción, conduciéndolo por caminos llanos, con ilustraciones sencillas, hasta abordar el tema del derecho de procrear que sólo asiste al hombre sano, por la implícita responsabilidad del bienestar y felicidad de sus hijos, desde el punto de vista higiénico, social, económico y moral, todo ello como fundamento de la conservación y mejoramiento de la Familia, de la Patria, de la Especie.¹⁴⁴

Los resultados de las visitas del trabajador social del DSP fueron los siguientes: de los 560 “catequizados”, 329 concurren al examen (59% del total), de los cuales 61 fueron “específicos” o sifilíticos (18%) y 260 sanos (82%). Núñez no indicó qué pasó con los 61 enfermos, si pospusieron o suspendieron su boda, si se casaron, si tomaron algún tratamiento y tampoco informó si se les dio algún tipo de seguimiento.

A pesar de la “catequesis”, 231 individuos no se practicaron el examen médico (41% del total). Núñez sabía o suponía que entre ellos, unas 23 personas (10%; 4.1% del total de “catequizados”) dudaban de su “aptitud higiénico-legal” y a sabiendas de que el

¹⁴¹ AMOR, “El certificado prenupcial”, p. 356.

¹⁴² NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial”, p. 23.

¹⁴³ NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial”, p. 23.

¹⁴⁴ NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial”, p. 23.

certificado “no era obligatorio”, no se practicaron el examen médico y se casaron. Otras 23 personas de esas 231 que habían faltado al examen eran “catequizados morbosos”, convencidos de su “inaptitud higiénico-legal” y de que el certificado era obligatorio. Ellos vivieron en amasiato, porque “la ley los sorprendió en pecado mortal y quedaron al margen de ella”.¹⁴⁵

Este intento por “catequizar” a los futuros cónyuges muestra distintos aspectos de la exigencia del certificado prenupcial. El Código Sanitario de 1926 lo había hecho obligatorio, pero para 1931 –o quizá desde antes– no era un requisito indispensable en la práctica y la gente se podía casar sin él. Además, al parecer había una confusión entre la población respecto a si el certificado era obligatorio o no, lo que llevaba a algunos a casarse sin ese documento, y a otros, a evitar pasar por ese requisito. Ante esta situación, los miembros del DSP prefirieron tratar de convencer a la gente. No obstante hubo múltiples obstáculos, desde la falta de personal y la imposibilidad de llegar a todos los que querían casarse, hasta la resistencia de los “catequizados”. Así, de las 700 personas que en principio se trataba de convencer para que se realizaran el examen médico, sólo 329 lo hicieron y de quienes resultaron enfermos, poco o nada se supo.

Otro aspecto que destacó de este ejercicio, según Núñez, fue “un punto cardinal eugenésico”: conocer el número de “específicos” o sifilíticos que cada año contraían matrimonio tan sólo en el Distrito Federal. “Un 60% de catequizados pasó examen médico y, por este único medio, se ha descubierto el alarmante número de específicos que inyectan, anualmente, a la comunidad, con un número tres veces mayor de heredo-morbosos, por el sólo título de la sífilis.” El cálculo “sencillo, pero pavoroso”, era el siguiente:

- Número de individuos que contraen matrimonio en un año en el DF según el Registro Civil: 6000.
- Porcentaje de individuos “específicos” según los resultados de los “catequizados” sometidos a examen médico: 18%.
- Número de personas enfermas que contrae matrimonio en un año: 1080.¹⁴⁶

¹⁴⁵ NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial”, p. 24.

¹⁴⁶ NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial”, p. 25. Esto es, el 18% de 6000.

“Las cifras hablan por sí solas el lenguaje elocuente de la Eugenesia” –afirmaba el trabajador social Núñez. Así, como se ha visto con anterioridad, las cifras, los datos y las estadísticas eran elementos importantes en el lenguaje de la eugenesia, no obstante las dudas que hoy se pueden plantear en cuanto a su metodología, representatividad y validez. Por ello, estas cifras dicen más de las ideas y representaciones de quienes estaban a cargo de la prevención y la salud pública, que del número de personas enfermas que contraían matrimonio en la década de 1930. De esta forma, Núñez concluyó que “casi una quinta parte de nuestra fuerza genésica es específica” y “en la misma proporción, heredomorbosos”,¹⁴⁷ lo cual sin duda resultaba “pavoroso” y enfatizaba la necesidad de la lucha antivenérea.

Los miembros de la Sociedad Eugénica Mexicana estuvieron en contra de que el certificado fuera obligatorio y abogaban porque fuese un documento privado. Consideraban que era indispensable que las personas “aprendieran a enamorarse” con un criterio que tuviera en cuenta el estado de salud propio y de la pareja.¹⁴⁸ En este sentido, el certificado podía ser útil para conocer si las personas estaban en aptitudes físicas de casarse, pero el problema era que sólo daba cuenta de su salud en un momento determinado y las enfermedades que transmitían taras a la descendencia podían presentarse una vez celebrado el matrimonio.¹⁴⁹ Por ello, las parejas debían estar bajo el consejo facultativo todo el tiempo, no sólo antes de casarse, sino durante la gestación, el parto y la crianza.

La oposición de dichos eugenistas a la obligatoriedad del certificado no significó que defendieran la “plena libertad de elección” de los cónyuges.¹⁵⁰ Por el contrario, era necesario intervenir, pues había que orientarlos y educarlos. Los médicos, los eugenistas y los trabajadores sociales debían llevar su mensaje de salud a la intimidad de las conciencias y de los hogares, debían “catequizar” a la población, de manera que la gente entendiera la trascendencia del asunto y colaborara voluntariamente.

Por su parte, la Iglesia no sólo criticó la obligatoriedad del certificado prenupcial, sino que también rechazó la intervención de la eugenesia y la medicina en la regulación de

¹⁴⁷ NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial”, p. 25.

¹⁴⁸ SAAVEDRA, *Eugenesia y medicina social*, p. 14. CARRILLO, “La ‘civilización’ del amor”, pp. 427-432.

¹⁴⁹ VILLALOBOS, “Algo más sobre certificado médico prenupcial”, p. 7.

¹⁵⁰ SÁNCHEZ, “Estudio crítico del certificado médico prenupcial”, p. 46.

los matrimonios y su descendencia. El Papa Pío XI en su citada encíclica *Casti Connubii* afirmaba que

hay quienes anteponen el fin “eugénico” a todo otro fin, aun de orden más elevado, y quisieran que se prohibiese por la pública autoridad contraer matrimonio a todos los que según las normas y conjeturas de su ciencia, juzgan que habrían de engendrar hijos defectuosos por razón de la transmisión hereditaria, aun cuando sean de suyo aptos para contraer matrimonio. Más aun, quieren privarlos por la ley, hasta contra su voluntad, de esa facultad natural que poseen mediante intervención médica, y esto no para solicitar de la pública autoridad una pena cruenta por un delito cometido o para precaver futuros crímenes de reos, sino contra todo derecho y licitud, atribuyendo a los gobernantes civiles una facultad que nunca tuvieron ni pueden legítimamente tener.

La encíclica hace referencia a la eugenesia en el contexto internacional y a medidas no sólo como el certificado prenupcial, sino como el control de la natalidad y la esterilización forzosa llevada a cabo en países como Alemania y Estados Unidos. El Papa cuestionaba las “conjeturas” de esa “ciencia” que justificaban el control de los matrimonios y la natalidad. Desde esta perspectiva, quienes favorecían estas medidas eugénicas actuaban “perversamente”, olvidando “que es mas santa la familia que el Estado y que los hombres no se engendran principalmente para la tierra y el tiempo, sino para el cielo y la eternidad”.¹⁵¹

El certificado prenupcial también encontró objeciones desde el punto de vista médico. En este sentido, las mayores preocupaciones eran quién y cómo debía realizar el examen médico. El problema empezaba desde la “deficiente redacción de la ley” que no especificaba quiénes estaban facultados para otorgar el certificado,¹⁵² sino que dejaba a futuros reglamentos los detalles de la exigencia. Como los reglamentos no se realizaron, al menos hasta 1932,¹⁵³ cualquier médico podía extender el certificado. Tal omisión en el Código Sanitario era tan grave que, a decir de Bernardo Núñez, “debemos felicitarnos de que la ley no se aplique mientras esté redactada en los términos actuales, que exigen el certificado prenupcial autorizado por un médico indeterminado, en vez de uno del Servicio de Higiene Infantil”.¹⁵⁴ Tal omisión en leyes y reglamentos

¹⁵¹ PÍO XI, “Encíclica *Casti Connubii*”, p. 17.

¹⁵² NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial”, p. 24.

¹⁵³ SORDO, “Utilidad del certificado médico prenupcial”, p. 82.

¹⁵⁴ NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial”, p. 24.

ingenió a los morbosos, a los ineptos para la unión sexual, a dar la vuelta y entrar al matrimonio por una de esas puertas falsas de la ley que tanto conocemos; ocurrían a algún juglar titulado, que certificaba su salud como flamante y su aptitud como intacta para contraer matrimonio.¹⁵⁵

Esta situación era tan sólo una de las del “surtido de sutilezas y destrezas que [cabían] en la holgura moral de los histriones de la facultad”.¹⁵⁶ Había quienes daban el certificado de salud “por complacencia en algunos casos hasta, criminal, pues se llegó a expedir para un individuo que en su cara llevaba la marca característica del tipo leonino de un leproso incurable”.¹⁵⁷

El Código Sanitario señalaba que quienes querían contraer matrimonio debían acreditar que se les había hecho la reacción de Wassermann o “cualquiera otra equivalente a juicio del Departamento de Salubridad”, pero esta a veces no se practicaba por falta de medios o por otros motivos. De tal manera, aunque se exigiera la reacción Wassermann, “desgraciadamente la experiencia demostró que un gran porcentaje de ellos (los médicos) se concretaban únicamente con firmar el certificado y muchas veces sin haber practicado un examen general.”¹⁵⁸

Otra dificultad que señalaban los críticos del certificado médico prenupcial era que aun con la reacción Wassermann no había certeza de la salud de los futuros contrayentes, pues era posible que la persona tuviera gonococos o treponemas que no fueran detectados por la prueba. Además, tampoco se podía alegar “la infalibilidad de la herencia”, pues llegaba a darse el caso de que nacieran hijos sanos de padres enfermos.¹⁵⁹

A estas situaciones se sumaban otros obstáculos que iban más allá de los debates teóricos y del gremio médico. Los directamente implicados también dificultaron y a veces imposibilitaron que se cumpliera lo establecido en el Código Sanitario. Algunas ideas, que al parecer tenían bastante aceptación entre la población, llevaban a la gente a evitar el certificado médico. Entre ellas estaba la creencia de que “el médico niega o autoriza la realización del matrimonio” y de que el certificado implicaba “someterse a revisiones

¹⁵⁵ NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial”, p. 24.

¹⁵⁶ NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial”, p. 24.

¹⁵⁷ AMOR, “El certificado prenupcial”, p. 355.

¹⁵⁸ SÁNCHEZ, “Estudio crítico del certificado médico prenupcial”, p. 48.

¹⁵⁹ TRENS, “El certificado medico prenupcial”, p. 3.

(*sic*) médicas íntimas”.¹⁶⁰ Así, algunos “pudorosos” temían que las mujeres fueran sometidas a “exámenes bochornosos” y se rehusaban.¹⁶¹

Al menos en un principio, el certificado prenupcial no tuvo entre la población la aceptación general que hubiesen deseado los miembros del DSP en 1926. Entre los individuos que en teoría tenían que cubrir el requisito del certificado hubo quienes se resistieron a acatar tal medida. Estas personas no buscaron enfrentamientos ni refutaciones teóricas, simplemente actuaron según su conveniencia para eludir los exámenes médicos, a veces obteniendo el certificado y en ocasiones sin él. La “unión libre” era una forma de evitar el requisito del certificado y según los médicos de la época era una respuesta común de la gente a tal exigencia.¹⁶²

Por otra parte, la aplicación de la ley parece haber perdido su rigor rápidamente, al grado de que para 1931 el trabajador social del DSP la consideraba “letra muerta”, y hubo quienes simplemente se casaron sin tener tal requisito.¹⁶³ Es posible que algunas parejas sólo hayan contraído matrimonio religioso y que no hubieran presentado el certificado médico,¹⁶⁴ aun cuando el Código Sanitario establecía la obligación de exigirlo tanto a los jueces como a los “sacerdotes de los cultos”. La oposición de la Iglesia a tales medidas hace pensar que es muy factible que los sacerdotes no pidieran el certificado y que las parejas (ya fuera por sus creencias, costumbres o quizá por eludir el examen médico) sólo se presentaran al matrimonio eclesiástico.

Otra opción que tomaron quienes querían evitar la revisión médica fue buscar la complicidad de algún médico que extendiera el certificado de salud sin llevar a cabo el examen, o bien, que acreditara un buen estado de salud a pesar de presentar los signos de alguna enfermedad contagiosa.¹⁶⁵ Así por ejemplo, se llegó a ver el caso de “un hombre” que en la despedida de soltero contrajo alguna enfermedad venérea y “para no faltar a un compromiso social comete el delito de llevar a cabo el enlace matrimonial”, contando con complicidad del médico que le dio el certificado de sano.¹⁶⁶

¹⁶⁰ SÁNCHEZ, “Estudio crítico del certificado médico prenupcial”, p. 47.

¹⁶¹ NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial”, p. 25.

¹⁶² AMOR, “El certificado prenupcial en nuestro medio actual”, p. 355.

¹⁶³ NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial”, pp. 22 y 24.

¹⁶⁴ CARRILLO, “La ‘civilización’ del amor”, p. 435.

¹⁶⁵ SÁNCHEZ, “Estudio crítico del certificado médico prenupcial”, p. 48.

¹⁶⁶ ANDRADE, “Un crimen en la cuestión eugénica”, p. 3.

El “peligro de soborno” también estaba presente.¹⁶⁷ Había profesionistas que “se vendían”¹⁶⁸ y desde luego, gente dispuesta a pagar, quizá tan sólo para evitar una revisión que suponían incómoda y bochornosa, o tal vez para impedir que se descubriera alguna enfermedad y se les negara el matrimonio. Aunque estas acciones fueron reprobadas por médicos y eugenistas, no hubo entonces una ley que impusiera sanciones a las personas involucradas en ellas.

Los “certificados médicos fraudulentos”¹⁶⁹ no sólo fueron producto del contubernio entre los interesados con algún “histrión de la facultad”, sino que la gente también se las ingenió para engañar a los galenos. La estrategia era la siguiente:

un individuo sano se hace reconocer y entrega a otro el certificado o tarjeta, habiendo anotado el nombre que convenga a los intereses del que a sabiendas comete una felonía engañando al juez, al médico y a su futura consorte.¹⁷⁰

A fin de evitar “la sustitución de personas que en muchas ocasiones se ha hecho” se llegó a plantear la necesidad de utilizar retratos que identificaran plenamente a la persona para poder corroborar que quien se presentaba ante el médico era también quien iba ante el juez. Además, se sugirió que la gente se identificara con más datos, no sólo el nombre y el apellido, sino la edad, la nacionalidad, el estado civil y la ocupación. Adicionalmente, se propuso que se procurara indagar sobre los antecedentes hereditarios “buscando epilepsia, locura, trastornos nerviosos graves y sífilis sobre todo materna, que se puede revelar por abortos, partos prematuros o gemelares.”¹⁷¹

La exigencia del certificado continúa

A pesar de las críticas y las resistencias, el certificado médico prenupcial continuó siendo una obligación. El Código Sanitario aprobado en agosto de 1934, estableció en su artículo 175 que

Con las excepciones que determinan los reglamentos, los Oficiales del Registro Civil y los ministros de los cultos existentes en el país, no podrán autorizar la

¹⁶⁷ TRENS, “El certificado medico prenupcial”, p. 3.

¹⁶⁸ SÁNCHEZ, “Estudio crítico del certificado médico prenupcial”, p. 47.

¹⁶⁹ NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial”, p. 22.

¹⁷⁰ AMOR, “El certificado prenupcial”, p. 358.

¹⁷¹ AMOR, “El certificado prenupcial”, p. 358.

celebración de los matrimonios que pretendan contraerse si los interesados no acreditan, en los términos de los reglamentos respectivos, que no padecen ninguna de las enfermedades en ellos determinadas, así como que se les han hecho las reacciones de laboratorio que fueren necesarias, a juicio del Departamento.

Con algunos cambios en la redacción, este artículo era en esencia igual al 131 del Código anterior. La diferencia más importante era que el Código de 1926 indicaba que los futuros cónyuges se debían realizar la reacción Wassermann “o cualquiera equivalente”, mientras que el de 1934 estableció que debían hacerse “las reacciones de laboratorio que fueren necesarias”. El nuevo Código Sanitario, al igual que el anterior, dejaba a futuros reglamentos las especificaciones del certificado, y a pesar de las críticas y las conocidas artimañas de algunos médicos y contrayentes, nada decía sobre quiénes debían acreditar la salud de los cónyuges.

Antes de 1940 no hubo normas que reglamentaran el artículo 175 del Código Sanitario de 1934. Por ello, es de suponerse que así como el Código no tuvo grandes modificaciones en lo relativo al certificado médico prenupcial, tampoco cambiaron sustancialmente (al menos durante esos años) las prácticas ni las costumbres como resultado de esta nueva normativa.

El DSP, por su parte, pretendió ir más allá del certificado médico prenupcial para procurar la “protección a mujeres y niños”. En 1935 publicó los “principios que profesa y practica el Departamento a favor de la infancia”, que partían de las siguientes premisas:

- “El Estado mexicano está obligado a proteger a la mujer que esté en posibilidad de llegar a la maternidad.”
- “El Estado mexicano entiende su papel en el ramo de eugenesia, ilustrando en lo posible a la población.”
- El Estado interviene en la protección de infancia “desde el momento en que surge la posibilidad de una unión matrimonial, para juzgar de la salud de los candidatos al matrimonio”.
- El Estado persigue la “realización de matrimonios eugénicos, vigila el embarazo”.¹⁷²

El Estado mexicano buscaba no sólo disminuir el número de muertes infantiles, sino también garantizar la salud de los pequeños y sus madres. La mortalidad infantil surgió

¹⁷² SIUROB, “Principios que profesa y practica el DSP en favor de la infancia”, pp. 11-12.

como un problema político que interesó al Estado mexicano desde el último cuarto del siglo XIX¹⁷³, y a partir de entonces hubo iniciativas para abatirla.¹⁷⁴ Pero evitar las muertes prematuras no era suficiente, sino que había que promover la salud de los niños desde antes de su nacimiento, incluso desde antes de su concepción, puesto que “el primer derecho biológico del hombre es el de ser engendrado dentro de la salud”. Por ello, los progenitores debían buscar “uniones eugénicas y legales”, en tanto que el Estado debía “velar por garantizar ese primer derecho”.¹⁷⁵ El certificado médico prenupcial en teoría, debía ayudar a tales fines, por ello continuó siendo una exigencia, a pesar de las críticas y las resistencias.

Antes de 1935 ya se habían llevado a cabo acciones sanitarias de protección a la infancia en México,¹⁷⁶ y los intentos por “garantizar” la salud de los cónyuges fueron parte de estas. El Servicio de Higiene Infantil del Departamento de Salubridad fue creado en 1929 y al año siguiente su trabajador social hizo visitas a los futuros cónyuges para persuadirlos de realizarse el certificado médico. También fue fundada en 1929 la Asociación Nacional de Protección a la Infancia como un “organismo extraoficial”¹⁷⁷ que funcionó hasta 1934¹⁷⁸ y que un año después sería sustituida por el Comité Nacional de Protección a la Infancia, dependiente del Departamento de Salubridad.¹⁷⁹

La continuidad de la exigencia del certificado prenupcial en México se justificó entonces por motivos eugenésicos y de protección a la infancia, y fue ratificada en las leyes. Además de lo establecido en el Código Sanitario de 1934, el DSP inició en 1935 el

¹⁷³ DEL CASTILLO, *Conceptos, imágenes y representaciones de la niñez*, 2006, p. 77.

¹⁷⁴ Hubo congresos en los que se abordó esta temática, como el Higiénico Pedagógico de 1882 organizado por el Consejo Superior de Salubridad, y en 1921 el Primer Congreso Mexicano del Niño. El DSP dio a conocer la “Declaración de los niños acerca de sus derechos”. *Gaceta Médica de México*, núm. 55, p. 148. Acerca de las contradictorias políticas del Estado mexicano respecto a la niñez durante la primera mitad del siglo XX véase SOSENSKI, “Entre prácticas, instituciones y discursos: trabajadores infantiles en la Ciudad de México”, pp. 1229-1280.

¹⁷⁵ SIUROB, “Principios que profesa y practica el DSP en favor de la infancia”, p. 11.

¹⁷⁶ La protección a la infancia no fue un asunto exclusivo del gobierno mexicano, sino que alrededor del mundo hubieron iniciativas en este sentido. Organizaciones internacionales discutieron y promovieron algunas medidas de protección, y México perteneció a algunas de ellas, como la Oficina Sanitaria Panamericana o la Cruz Roja. MOLL, “Las obras sanitarias de protección a la infancia en las Américas”, pp. 1040-1055. También hubo participación en congresos internacionales sobre el tema, como el Séptimo Congreso Panamericano del Niño celebrado en México en octubre de 1935. “Séptimo Congreso Panamericano del Niño”, pp. 23-25.

¹⁷⁷ VILLANUEVA, “La sanidad en México”, p. 565.

¹⁷⁸ Las instituciones y servicios dependientes de la Asociación que conservó el DSP fueron la Casa de Maternidad, la provisión de leche y los hogares infantiles. “La Sanidad en México. Mensaje presidencial del Gral. Lázaro Cárdenas”, pp. 202-23.

¹⁷⁹ SIUROB, “La sanidad en México”, 1937, p. 717.

proyecto para reglamentar la campaña contra las enfermedades venéreas, que incluía al certificado prenupcial. La ley de la campaña fue publicada hasta 1940 y su capítulo relativo al certificado prenupcial sólo tenía dos artículos, el 11 que establecía quiénes debían realizar el certificado, y el artículo 12 que indicaba quiénes quedaban exceptuados de la obligación de presentar el certificado.

El certificado prenupcial sólo podía ser expedido por los médicos con título registrado en el DSP. El certificado se daría únicamente en los casos en los que se comprobara que los interesados eran incapaces de contagiar alguna enfermedad venérea o cualquiera otra transmisible que constituyera impedimento legal para el matrimonio.¹⁸⁰ La ley contemplaba tres casos en los que se podía eximir del requisito: 1) las personas con un lugar de residencia a más de 20 kilómetros del lugar de ejercicio profesional de un médico con título registrado en el Departamento; 2) quienes ya habían vivido en concubinato, y; 3) “cuando uno de los contrayentes se encuentre en artículo de muerte”. En estos casos, los contrayentes debían declarar ante el Oficial del Registro Civil, bajo protesta de decir verdad, si padecían o no alguna enfermedad venérea.¹⁸¹

El análisis de la aplicación de esta ley queda fuera de los objetivos de la presente investigación, pero se debe señalar que la ley de la campaña antivenérea reiteró la exigencia del certificado prenupcial y sólo en parte atendió las críticas que desde 1926 se habían realizado. En 1940 se especificó que sólo los médicos con título registrado ante el Departamento podían expedir el certificado, sin embargo, esta ley no tomó en cuenta la propuesta de incluir un retrato en el documento. Por otra parte, fue muy general la mención de las enfermedades que podían ser impedimento para la celebración del matrimonio y no se especificaron las pruebas de laboratorio que tenían que exigirse, según lo indicaba el Código Sanitario de 1934.

La exigencia del certificado prenupcial formó parte de la legislación antivenérea a partir de 1926 y aún hoy es requisito indispensable para contraer matrimonio en todos los

¹⁸⁰ “Reglamento para la Campaña contra las Enfermedades Venéreas”, pp. 225-230.

¹⁸¹ “Reglamento para la Campaña contra las Enfermedades Venéreas”, p. 229.

estados de la República Mexicana, excepto en el Distrito Federal, donde dejó de exigirse desde 2004.¹⁸²

La legislación para prevenir las enfermedades venéreas no se limitó al certificado prenupcial. El siguiente capítulo tratará la declaración obligatoria y el tratamiento forzoso, que también fueron pensados como formas de evitar más casos venéreos. Asimismo, se analizará la penalización del “contagio a sabiendas”.

¹⁸² Hay algunas diferencias en cuanto a los certificados, según los estados. En algunos como Querétaro, Sonora, Baja California, Yucatán o Morelos, por ejemplo, se exige una prueba de VIH, en tanto que en otros como Michoacán o Veracruz se pide únicamente VDRL (para sífilis) y RH (tipo sanguíneo).

CAPÍTULO 3

El contagio venéreo: prevenir y castigar

Las autoridades sanitarias sabían que el éxito de la lucha antivenérea dependía en buena medida de evitar que quienes ya estaban enfermos contagiaran su mal a otras personas. Sin embargo, la tarea no era sencilla. A su entender, el problema no sólo radicaba en la falta de conocimientos médicos de la gente, sino también en que algunas de las personas que llevaban en su cuerpo los agentes causales de las enfermedades venéreas no lo sabían, y creyéndose sanas, contagiaban a otras. Ante esta situación resultaba incierto el número de casos y la velocidad en que éstos aumentaban. Lo que sí estaba fuera de discusión, era que no todos los enfermos tenían el diagnóstico ni el tratamiento adecuado.

Desde luego no faltaron estadísticas que, sin una metodología clara pero con ese “lenguaje elocuente de la eugenesia”,¹ daban cuenta de la preocupación por el desconocimiento del número de casos y por el aumento de los enfermos venéreos. En 1936 se llegó a afirmar que del total de los sifilíticos, un 80% no sabía qué era la enfermedad ni sus consecuencias, por lo que era “casi seguro” que no acudieran a un médico. Otro 15% sí sabía a qué atenerse, pero por “apatía” dejaban pasar el tiempo y su curación era deficiente. El 5% restante, “puede ser” que asumiera su deber de atenderse oportunamente. “Nos quedaría entonces un 95% más o menos, que repartiría la mortífera semilla, o sea el traicionero treponema”.²

Además de quienes ignoraban su enfermedad y la transmitían, había personas que aun sabiendo de su padecimiento tenían relaciones sexuales con personas sanas. Por ello, aunque se expresó la importancia de detectar a los enfermos y someterlos a tratamiento, también se reconoció que esto no era suficiente. Había que castigar a quienes cometían el acto criminal de “contagiar a sabiendas”. Así, el castigo de algunos debía en teoría ser disuasivo para otros y en ese sentido, “preventivo”.

Las autoridades sanitarias identificaron una compleja trama de relaciones que podían favorecer los contagios debido a la ignorancia, el desinterés o la “criminalidad” de

¹ NÚÑEZ, “El certificado médico prenupcial”, p. 25.

² ECHALAZ, *Breves consideraciones sobre el estado actual de la salubridad*, pp. 10-11.

los enfermos. Desde la perspectiva del DSP, la defensa de *la raza* exigía una enérgica intervención estatal primero para identificar a quienes padecían alguna enfermedad venérea, después para curarlos, y si era el caso, castigarlos. El interés público debía imponerse a los derechos de las personas enfermas.

Mediante la declaración obligatoria, la curación y la penalización del contagio, las autoridades estatales buscaron vigilar y controlar a sectores cada vez más amplios de la sociedad. La declaración obligatoria y la epidemiología debían dar elementos para identificar a los enfermos y para poder someterlos a tratamiento. Las leyes penales por su parte, facultarían a las autoridades para definir quiénes eran culpables y quiénes inocentes cuando se presentaba el contagio, y en consecuencia, determinar las sanciones conducentes. Estas pretensiones, sin embargo, encontraron dificultades prácticas que mostraron las limitaciones técnicas e institucionales de las autoridades, y no en pocas ocasiones, la resistencia y la oposición de las personas que podían verse afectadas.

La declaración obligatoria

El Código Sanitario de 1926 hizo de la sífilis y de la gonorrea enfermedades de declaración obligatoria. Según su artículo 105

Toda persona que ejerza la medicina, está obligada a dar avisos a las autoridades sanitarias señaladas en el artículo 107 de los casos confirmados o sospechosos, de cualquiera de las enfermedades a que se refieren los artículos 103 y 104, dentro de las 24 horas siguientes al diagnóstico cierto o probable de la enfermedad.

Las autoridades a quienes se debía dar aviso eran las siguientes: el DSP en el Distrito Federal, los delegados del Departamento y las autoridades sanitarias locales en los estados, puertos y poblaciones fronterizas, y los delegados del Departamento en los territorios federales (art. 107). Las enfermedades transmisibles de que hablaban los artículos 103 y 104 eran: cólera, peste bubónica, tifo, fiebre amarilla, infecciones puerperales, viruela y varioloide, escarlatina, difteria, tracoma, oftalmía purulenta, fiebre tifoidea, tuberculosis, meningitis cerebro-espinal, tos ferina, lepra, tiña, erisipela, filariosis, sífilis, blenorragia y otras que pudiera determinar el Consejo o el DSP.

En general, las medidas de profilaxis para tales enfermedades eran el aislamiento de los enfermos, la aplicación de sueros y vacunas, la desinfección “escrupulosa” de habitaciones y objetos, la destrucción de “animales conductores del contagio”, el establecimiento de Estaciones Sanitarias para la inspección de pasajeros, equipaje y mercancías, así como aquellas que determinara el Consejo de Salubridad General y el DSP (art. 110).

A diferencia de otras enfermedades transmisibles como la tuberculosis, la viruela, el cólera o el paludismo, las venéreas presentaban varios problemas. En primer lugar, se trataba de enfermedades “vergonzosas” que muchas veces los pacientes trataban de ocultar, y en las que con especial énfasis, se alegaba la necesidad del secreto médico. Además, las medidas como el aislamiento, las vacunas o la destrucción de vectores no aplicaban, como en otros padecimientos, debido fundamentalmente a tres razones: su mecanismo de transmisión era principalmente la vía sexual; en sus etapas iniciales no inhabilitaban a las personas para trabajar; y su tratamiento era prolongado. Considerando esto último, el Código Sanitario estableció otras disposiciones particulares para la sífilis, como el registro privado de pacientes.

El Código establecía que todas las personas que ejercieran la medicina debían llevar un registro privado de los enfermos de sífilis en el que harían constar su nombre, apellido, sexo, lugar de origen, edad, estado, profesión y domicilio. Mensualmente debían notificar todos los casos a las autoridades sanitarias locales, y estas a su vez, al DSP (art. 128). Si algún enfermo abandonaba el tratamiento sin haber sido dado de alta, el médico debía “dar aviso inmediato a la autoridad sanitaria correspondiente”, que procedería según lo que establecieran los reglamentos (art. 129). La información debía ser secreta y su divulgación sería motivo de consignación a las autoridades judiciales competentes por el delito de violación de secreto profesional (art. 130).

La declaración obligatoria de enfermedades ya había formado parte de la legislación mexicana. El Código Sanitario de 1903 en sus artículos 262 y 263 establecía que las personas que ejercieran la medicina debían dar aviso al Consejo Superior de Salubridad de

los casos confirmados o sospechosos de enfermedades infecciosas y contagiosas, pero no mencionaba la sífilis.³

Aunque la declaración obligatoria de enfermedades fue considerada útil para evitar brotes epidémicos, en lo relativo a las venéreas hubo opiniones encontradas. En 1918, el Consejo de Salubridad nombró una comisión encargada de elaborar un proyecto para una campaña antivenérea. En su dictamen, la comisión recomendó la declaración obligatoria de la sífilis. Según esta propuesta, los médicos debían dar aviso al Consejo y éste, exigiría al paciente una responsiva de un médico titulado que se hiciera cargo de su curación. Se haría un libro en el que se anotarían los nombres de los enfermos y sólo serían borrados hasta que estuvieran sanos. Los datos debían conservarse en el más “estricto secreto”. Sólo las casadas y los menores de edad quedaban exentos del registro, y en estos casos, el aviso a las autoridades sólo se podía hacer con el consentimiento del esposo o del padre.⁴

La propuesta de la declaración obligatoria de la sífilis, a pesar del secreto profesional, respondía a “las imperiosas y humanitarias exigencias de la salubridad del individuo, de la familia, de la sociedad y de la raza”.⁵ En este sentido, el dictamen afirmaba que

no hay derecho individual que impere, ni falta, ni crimen en revelar la existencia de un peligro, para que todos procuren liberarse de él. Sería hacer alarde de un refinado egoísmo, el cuidar del nombre, la reputación y hasta el honor de un individuo, si con este condena a los demás a sufrir las tremendas consecuencias de tan culpable reserva.⁶

El secreto profesional sería importante, pero “en el lugar que debe ocupar”. De tal manera, se debía garantizar el “nombre y honorabilidad” de quienes eran las víctimas, y no de los culpables.⁷ Las mujeres casadas quedaban exentas del registro precisamente porque *a priori* se daba por hecho que si ellas padecían algún mal venéreo, era a causa de una culpa ajena.

³ *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, 1903. Las enfermedades señaladas en estos artículos eran: cólera, peste bubónica, fiebre amarilla, tifo, fiebre tifoidea, viruela, varioloides, escarlatina, tuberculosis pulmonar, accidente puerperal séptico y cualquier afección diftérica. A ellas se sumaba el sarampión y la tosferina.

⁴ *La profilaxis de la sífilis en el Consejo Superior de Salubridad*, p. 11.

⁵ *La profilaxis de la sífilis en el Consejo Superior de Salubridad*, p. 7.

⁶ *La profilaxis de la sífilis en el Consejo Superior de Salubridad*, p. 7.

⁷ *La profilaxis de la sífilis en el Consejo Superior de Salubridad*, p. 7.

El dictamen de la comisión encargada no logró el consenso entre los miembros del Consejo de Salubridad. Aunque todos coincidían en “segurar bien y pronto el foco de infección”, esto no podía hacerse como en otras enfermedades. En el concepto de los doctores Manuel Cañas y Edmundo Aragón la declaración obligatoria de la sífilis sí violaba el secreto profesional: “secreto de tres, ya no lo es”. Y si cambiaban los funcionarios sanitarios, el “secreto” sería de cuatro.⁸ Además –afirmaban– la gente valoraba la discreción del médico, por lo que la declaración resultaría incluso contraproducente, pues suponían que los enfermos preferirían atenderse con personas sin título que con médicos obligados a dar aviso.⁹ A pesar de la oposición de los doctores Cañas y Aragón, el Consejo de Salubridad finalmente optó por el registro privado de los enfermos venéreos y la declaración obligatoria, si bien éstos no se exigieron por el momento. El secreto médico, “que ha ido dejando de existir para el resto de los padecimientos infecto contagiosos, se ha mantenido para la sífilis”.¹⁰

El secreto médico tenía tal importancia en los casos de enfermedades venéreas que Gastélum llegó a afirmar que al parecer la propagación de dichos males en la edad moderna “fue lo que dio origen al secreto profesional que la antigüedad no conoció”.¹¹ El juramento hipocrático ya hablaba de la obligación moral de no dar a conocer aquello “que no deba divulgarse”.¹² No obstante, la suposición de Gastélum sobre el origen del secreto profesional tenía más que ver con su argumentación que con un estricto análisis histórico. El entonces jefe del DSP buscaba mostrar que la vergüenza y el sigilo con el que las enfermedades venéreas eran tratadas habían hecho que la enfermedad se desarrollara “en la sombra”. Pero ese ocultamiento no sólo era por cuenta y riesgo de los pacientes, sino que los mismos médicos no habían dado a conocer los casos de enfermos a las autoridades sanitarias. La falta de tal notificación contribuía a que las estadísticas de enfermos de sífilis fueran deficientes. Por ello, con la declaración obligatoria impuesta por el Código Sanitario de 1926 se pretendía que la sífilis “evolucione a plena luz”.¹³

⁸ *La profilaxis de la sífilis en el Consejo Superior de Salubridad*, p. 14.

⁹ *La profilaxis de la sífilis en el Consejo Superior de Salubridad*, p. 15.

¹⁰ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 7.

¹¹ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 8.

¹² El Juramento Hipocrático dice al respecto que “todo cuanto en el trato con los demás, tanto en el ejercicio de la profesión como fuera del mismo viere u oyere, que no deba divulgarse, lo consideraré absolutamente como un secreto.”

¹³ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, pp. 6-11.

La declaración obligatoria de la sífilis se hizo ley en diversos países, entre ellos Suecia (1918), Checoslovaquia (1922), Alemania (1927), Estados Unidos, Cuba (1928) y República Dominicana (1920).¹⁴ En la mayoría de estos países la declaración de la enfermedad ante las autoridades sanitarias debía realizarse sólo mediante un número que identificara al paciente, pero sin proporcionar más datos del mismo. Sólo en los casos en los que el enfermo dejara su tratamiento o se opusiera a él se debían notificar su nombre y domicilio, para que las autoridades correspondientes actuaran. En el estado de Massachusetts, por ejemplo, después de dar a conocer la identidad del paciente se debía tratar de convencerlo para que retomara su tratamiento y se le advertiría sobre las posibles sanciones en caso de persistir en su negativa.¹⁵

La legislación de otros países relativa a la declaración obligatoria fue conocida en México. El abogado Roberto Esteva Ruiz,¹⁶ quien formó parte del DSP, propuso en el Primer Congreso Mexicano de Venereología celebrado en 1924 que se hiciera obligatoria la declaración de la sífilis, bajo el “sistema francés”. Éste consistía en dos declaraciones: la primera la tenía que hacer el médico no especialista, quien ante la sospecha de enfermedad debía remitir al paciente con sus datos de identificación a un especialista; la segunda declaración correspondía al médico especialista, quien debía dar el tratamiento al enfermo y llevar un registro con tarjetas previamente visadas del Departamento. Sólo en caso de que el paciente dejara su curación, el especialista revelaría los datos del mismo al DSP.¹⁷

En su exposición, Esteva reconoció el complejo problema político que representaba la libertad individual frente a la acción del Estado. Los enfermos no debían ser juzgados, pues la sífilis no era necesariamente producto de una “conducta irregular” y por tanto el carácter vergonzoso de ese mal debía desaparecer. Sin embargo, las consideraciones que se

¹⁴ CAVAILLON, *Les législations antivénéériennes*, pp. 30-31.

¹⁵ CAVAILLON, *Les législations antivénéériennes*, p. 31.

¹⁶ Roberto Esteva Ruiz (1875-1967) nació en la Ciudad de México. Estudió en la Escuela Nacional de Jurisprudencia, donde fue profesor de economía política, derecho constitucional, civil e internacional (1908-1914). Fue nombrado subsecretario de Relaciones Exteriores en 1914 por Victoriano Huerta. Tras la caída de Huerta estuvo varios años fuera del país, en España, donde fue catedrático y ejerció la abogacía, y en Cuba. A su regreso a México continuó su ejercicio profesional y la docencia en la Facultad de Derecho, de la que fue director. Se doctoró en Derecho en la UNAM. Fue miembro del Tribunal Internacional de Justicia de la Haya, presidente del Consejo Interamericano de Jurisconsultos de la OEA (1956), presidente de la Asociación Nacional de Abogados de México, entre otros cargos. *Diccionario Porrúa*.

¹⁷ ESTEVA, “El aspecto social de la declaración obligatoria de las enfermedades venéreas”, p. 239. La propuesta de Esteva no indicaba cómo debían proceder las autoridades sanitarias tras dárseles a conocer los datos del paciente.

tuvieran por los enfermos no debían estar por encima de los intereses sociales. La declaración obligatoria de las enfermedades venéreas era en este sentido una “necesidad moral”, y no sólo beneficiaba a la sociedad al evitar nuevos contagios, sino que tampoco iba en detrimento del individuo, pues estos padecimientos tarde o temprano salían a la luz con la herencia de los hijos o el divorcio de la pareja.¹⁸

De acuerdo con Esteva, “nadie –enfermo o médico– tiene derecho a entrar en conflicto con la sociedad y es claro que el derecho de una persona infectada cesa desde el momento en que la protección de la comunidad comienza.”¹⁹ La falta de una ley que hiciera obligatoria la declaración de las enfermedades venéreas dejaba “indefensos” principalmente a mujeres y niños frente a “personas atacadas que no se cuidan o lo hacen insuficiente y torpemente”.²⁰

Las ideas acerca de la “necesidad moral” de proteger a la sociedad de nuevos contagios mediante la declaración obligatoria de las enfermedades venéreas fueron expresadas por diversos especialistas. El doctor Emilio Coni de Buenos Aires afirmó en 1922 que

no es admisible, que sea precisamente la higiene, la que sacrifique los intereses colectivos, los intereses de la raza, a un privilegio concedido al individuo, en nombre de una moral inverosímil, que sacrifica al inocente para proteger al culpable... Tratándose de la *defensa de la sociedad contra la propagación de las enfermedades venéreas*, la denuncia ante la autoridad sanitaria de los casos de sífilis y blenorragia, no puede considerarse como violación del secreto médico.²¹

Los argumentos acerca de la prevención de la sífilis y la gonorrea como una forma de defensa social fueron importantes en la legislación mexicana. Con ellos se justificó la obligatoriedad de la declaración de las enfermedades venéreas, el tratamiento forzoso y la tipificación del contagio venéreo.²²

¹⁸ ESTEVA, “El aspecto social de la declaración obligatoria de las enfermedades venéreas”, p. 239.

¹⁹ ESTEVA, “El aspecto social de la declaración obligatoria de las enfermedades venéreas”, p. 239.

²⁰ ESTEVA, “El aspecto social de la declaración obligatoria de las enfermedades venéreas”, p. 238.

²¹ CONI, “Estado actual de la Lucha Antivenérea en América”, p. 142. Las cursivas son mías.

²² Autores como Beatriz Urías y Robert Buffington han estudiado la influencia de la defensa social en la criminología mexicana. BUFFINGTON, *Criminales y ciudadanos*. URÍAS, *Historias secretas del racismo en México*. URÍAS, “Degeneracionismo e higiene mental”. URÍAS, “Eugenesia e ideas sobre las razas en México”.

La declaración obligatoria para defender a la sociedad

Las ideas de la defensa social no fueron novedosas y en principio no se refirieron a la necesidad de prevenir la propagación de enfermedades. La defensa social fue planteada explícitamente y teorizada desde finales del siglo XVIII para el estudio de los delitos y las penas. De acuerdo con el jurista y filósofo Gian Domenico Romagnosi la sociedad no era un agregado de individuos, sino que se trataba de una “realidad diferente que se inserta en una ley universal de la competencia.”²³ El delito no era una agresión en contra de una persona, sino en contra de la sociedad, la cual debía defenderse en función de la ley de la competencia. Por ello, la agresión continuaba aunque la lesión a la persona se hubiera terminado o agotado.²⁴

Romagnosi planteó que al “impulso criminal” se oponía un “contraimpulso penal”. Éste era difícil de delimitar puesto que no parecía razonable que la cantidad de daño fuese la medida de la pena. En su argumentación, dejó la posibilidad de que para establecer la medida de la pena se hiciera una investigación en cada caso, según datos empíricos. De tal manera, la pena se establecía ya no con base en lo que el individuo había hecho, sino en lo que el delincuente era.²⁵

Enrico Ferri retomó la defensa social “donde la había dejado Romagnosi”.²⁶ Para Ferri el delito era un “fenómeno natural y social”, es decir, que dependía de factores antropológicos, biológicos y sociales.²⁷ Por ello, el poder que las penas tenían para combatirlo era limitado y se hacían necesarios “otros medios de defensa”.²⁸ El remedio al delito sólo podía encontrarse en “el mejoramiento en las condiciones de la existencia humana”.²⁹

A través de su teoría de la sustitución de penas, Ferri planteó que la prevención debía constituir “la principal garantía de orden social”.³⁰ Así como para evitar las enfermedades debía preferirse la prevención de la higiene que los remedios de la medicina,

²³ ZAFFARONI *et al.*, *Derecho penal*, p. 282.

²⁴ ZAFFARONI *et al.*, *Derecho penal*, p. 282.

²⁵ ZAFFARONI *et al.*, *Derecho penal*, p. 282.

²⁶ ZAFFARONI *et al.*, *Derecho penal*, p. 316.

²⁷ FERRI, *Sociología criminal*, pp. 88-100.

²⁸ FERRI, *Sociología criminal*, p. 291.

²⁹ FERRI, *Sociología criminal*, p. 217.

³⁰ FERRI, *Sociología criminal*, p. 341.

también para evitar el delito se tenía que optar por la prevención y no por las penas. De tal manera, la “higiene social contra los delitos”³¹ debía apoyarse en la antropología, la sociología y la fisiología para encontrar las causas y factores sociales que favorecían los delitos para tratar de prevenirlos. Algunas mejoras encaminadas a evitar el delito eran las siguientes: la disminución de aranceles que reduciría el contrabando; el respeto a las libertades públicas que favorecería el orden político; el ejercicio de la medicina por mujeres para suprimir los delitos contra las buenas costumbres y la familia; la legislación testamentaria que evitaría homicidios por herencias; la prohibición del matrimonio “entre ciertas personas” que impediría la “funesta herencia del delito”.³² Ferri menciona muchos ejemplos más y plantea que se podría hacer un código de prevención social independiente del código penal, que contrapusiera una medida preventiva a cada artículo de este último.³³

Otro aspecto a considerar en la defensa social era el peligro que para la sociedad representaba tanto el delito como el delincuente. De acuerdo con Ferri, “mientras el peligro persista, la defensa debe persistir”.³⁴ Se debía proteger a la sociedad del peligroso, y al peligroso de sí mismo.³⁵

La necesidad de la defensa social, la presencia del peligro y la prevención como una forma “indirecta”³⁶ de defensa daba amplios poderes al Estado para intervenir en nombre del bien público. Desde esta perspectiva, prácticamente cualquier asunto podía quedar sujeto a la legislación y al control estatal. Esta teoría reconoció la posible presencia de un “estado peligroso sin delito”,³⁷ por lo que constantemente había que identificar la peligrosidad y defenderse de ella.

Así como el delito constituía una “patología social”³⁸ que se debía prevenir, así también las enfermedades venéreas ameritaban la defensa social. ¿Qué tenían en común los delitos y las enfermedades venéreas? ¿Podía considerarse a tales padecimientos como delitos? ¿Eran delincuentes los enfermos venéreos? Dejaré esta discusión para más adelante, cuando se hable de la penalización del contagio venéreo. Por ahora, retomaré a

³¹ FERRI, *Sociología criminal*, p. 340.

³² FERRI, *Sociología criminal*, pp. 319-327.

³³ FERRI, *Sociología criminal*, p. 334.

³⁴ FERRI, *Sociología criminal*, t. II, p. 295.

³⁵ RUIZ, “La defensa social, el delito y el peligro”, p. 201.

³⁶ RUIZ, “La defensa social, el delito y el peligro”, p. 198.

³⁷ ZAFFARONI *et al.*, *Derecho penal*, p. 317.

³⁸ FERRI, *Sociología criminal*, p. 44.

Romagnosi, a Ferri y algunos de los argumentos esgrimidos a favor de la lucha antivenérea para ver en qué sentido se puede hablar de la defensa social de las enfermedades venéreas.

De acuerdo con Romagnosi, la agresión del delito no sólo afectaba o lesionaba al individuo, sino a la sociedad. En el caso de las enfermedades venéreas no había dudas al respecto, pues su trascendencia social fue ampliamente reconocida entre sus estudiosos. La degeneración de *la raza*, la falta de productividad de los enfermos, así como los gastos generados en su curación iban más allá del individuo y afectaban a la sociedad. Además, mientras el enfermo no realizara un buen tratamiento y no tomara las medidas de precaución necesarias, era peligroso. Por ello, había que proteger a la sociedad y en cierto sentido, al enfermo de sí mismo, primero al identificarlo y después, con un tratamiento riguroso. Desde esta perspectiva, el interés que un enfermo podía tener por ocultar su padecimiento o la libertad de decisión sobre cómo aliviar su males tenían que estar supeditadas al interés social.

Al igual que los delitos, las enfermedades venéreas debían prevenirse. La higiene social debía preferirse a las penas y a los tratamientos, sin dejar del todo estos últimos. Este aspecto preventivo de la defensa social del delito iba muy en consonancia con los discursos médicos, higiénicos y eugenésicos sobre la sífilis y la gonorrea. Además, el énfasis en el bien común y la defensa social daban fuerza a los argumentos a favor de medidas sanitarias de prevención que podían considerarse coercitivas o que podían en cierta forma perjudicar a quienes padecían la infección. Tal era el caso de la declaración obligatoria y el tratamiento forzoso. En este sentido, la peligrosidad del enfermo justificaba la intervención de las autoridades estatales sanitarias para proteger a la sociedad.

La obligación de la declaración de las enfermedades venéreas fue reiterada en las leyes mexicanas. El Código Sanitario de 1934 estableció en su artículo 160 que todas las personas que ejercieran la medicina debían llevar un registro privado de los enfermos que padecieran males venéreos. En dicho registro se debían anotar los siguientes datos del paciente: sexo, nombre y apellido, lugar de nacimiento, edad, estado, profesión u oficio, domicilio y la información que en lo sucesivo estableciera el reglamento respectivo. Los médicos debían remitir a las autoridades sanitarias federales el aviso cuando un paciente

venéreo había iniciado su tratamiento.³⁹ Tal notificación sólo indicaría el sexo del enfermo y su diagnóstico, y sólo en el caso de que el paciente abandonara su tratamiento se proporcionaría el resto de la información (art. 160 y 162). Esta sería secreta y su divulgación ameritaría la consignación del infractor a las autoridades judicial (art. 163).

La declaración obligatoria y la epidemiología

El Reglamento para la campaña contra las enfermedades venéreas de 1940 continuó con la declaración obligatoria y fue más específico al respecto. El registro privado de los médicos debía incluir, además de los datos señalados por el Código de 1934, si el enfermo estaba o no en periodo infectante, así como la probable fuente del contagio “especificando, de ser posible, nombre y dirección” (art. 4 fracc. I, inciso h). Este ordenamiento obligaba a los médicos a explicar a los enfermos la gravedad del padecimiento y las consecuencias personales, familiares y sociales. Los galenos también debían informar a sus pacientes la duración aproximada del tratamiento y entregarles un ejemplar de un folleto que el DSP elaboraría para tal fin.

Además, el médico debía notificar por escrito al paciente en periodo infectante que hubiera abandonado su tratamiento por más de diez días, que estaban obligado a curarse y que tenía un plazo de otros diez días para comprobar que había retomado el tratamiento. Si el enfermo no seguía estas instrucciones, el médico debía proporcionar toda su información a las autoridades sanitarias (art. 4, fracc. V-VI). Al final del tratamiento, el paciente recibiría una constancia aprobada por el DSP de que “no constituye un peligro para la sociedad” (art. 4, fracc. VII). Las infracciones a este reglamento eran multas de cinco a cinco mil pesos, según el daño o el peligro al que hubiera expuesto a otras personas, a juicio del DSP (art. 14).

³⁹ Art. 160. Todas las personas que ejerzan la medicina, deben llevar un registro privado de sus enfermos que padezcan sífilis, blenorragia, chancro blando, granuloma venéreo, papilomas de la vulva, enfermedad de Nicolás y Favre y tuberculosis vulvar, en el que constará: I. el sexo del paciente; II. el nombre y apellido del mismo; III. lugar de nacimiento; IV. su edad, estado, profesión y oficio; V. su domicilio; y VI. los demás datos que exija el reglamento respectivo. Las personas indicadas remitirán a la Autoridad Sanitaria Federal del lugar de su residencia, inmediatamente que comiencen el tratamiento, un aviso que contenga: el sexo del paciente y la enfermedad que padezca. *Código Sanitario*, 1934.

El reglamento de 1940 añadió elementos importantes. Las notificaciones por escrito y las explicaciones dadas a los enfermos en teoría debían dar mayor claridad al paciente sobre su padecimiento y hacerlo consciente del mal y sus consecuencias. Esto debía ser de utilidad para prevenir nuevos contagios, o si no, al menos daba mayores argumentos a las autoridades sanitarias para proceder administrativa o judicialmente en contra de los enfermos que no acataran las medidas de prevención. Por otra parte, también se buscaba mayor participación y control de los médicos en el proceso de la declaración obligatoria de las enfermedades venéreas.

El reglamento de 1940 incluyó como parte de la información del registro privado la probable fuente de contagio. Esta exigencia estuvo influenciada por los estudios y los métodos de la epidemiología que se venían desarrollando desde años antes en varios países del mundo como Inglaterra o Estados Unidos⁴⁰, y posteriormente en México.⁴¹

La epidemiología tenía entre sus objetivos conocer las causas y los factores que intervenían en la aparición de las enfermedades, así como en su profilaxis y control.⁴² Por ello, buscaba aportar elementos para “descubrir” a los sifilíticos. Dos métodos hacían posible esta tarea, de acuerdo con la Oficina General de Epidemiología del DSP. Uno era la pesquisa de “casos primitivos” para descubrir el “foco original” y sus contactos. Este procedimiento exigía “mayores esfuerzos y tacto” para poder conocer los contactos

⁴⁰ Aunque desde la antigüedad se consideraron aspectos sociales y ambientales en el surgimiento y propagación de enfermedades, el desarrollo de la epidemiología propiamente se dio a partir del siglo XIX con la observación y el conocimiento intuitivo en la comparación de grupos. Los estudios se volvieron cada vez más rigurosos y se desarrollaron métodos y conceptos para llevarlos a cabo. En el siglo XIX hubo estudios importantes que aún sin una teoría epidemiológica consolidada consideraban un pensamiento sobre la población y comparaban el desarrollo de enfermedades en varios grupos. Un ejemplo son las observaciones realizadas por el médico inglés John Snow acerca del cólera en 1854. La primera sociedad científica epidemiológica fue la London Epidemiology Society, creada 1850. Durante la segunda mitad de la centuria fueron creadas varias cátedras de epidemiología en universidades de Inglaterra y Estados Unidos. Entonces la distinción entre epidemiología y estadística no era del todo clara, pero durante la primera mitad del siglo XX se fue consolidando una base teórica y se fue dando mayor claridad a conceptos y métodos. Después de la Segunda Guerra Mundial hubo un notable desarrollo de la epidemiología. Diversos estudios de caso mostraron la relación entre la exposición al tabaco y el riesgo de cáncer de pulmonar (Wynder y Graham, 1950 Estados Unidos; Doll y Hill, 1950 Inglaterra). En 1954 fue creada la International Epidemiology Association. MORABIA (ed.), *A History of Epidemiologic Methods and Concepts*, pp. 106-120.

⁴¹ La Oficina General de Epidemiología fue creada en 1936 por “haberse considerado indispensable que existiera un organismo técnico en el DSP que se encargara de la epidemiología.” Desde su creación hasta abril de 1937 estuvo constituida por un médico jefe de la oficina, cuatro médicos, personal técnico, un oficial segundo, cuatro taquígrafos de tercera y dos mecanógrafos. El personal administrativo y médico realizaba su trabajo a “tiempo parcial”. En abril de 1937 la Oficina fue reorganizada y quedó como Oficina General de Epidemiología y Profilaxis de las Enfermedades Transmisibles, con una jefatura de investigación epidemiológica y profilaxis, una sección administrativa y una sección estadística. A partir de entonces, el personal realizó sus funciones de tiempo completo. *Boletín epidemiológico*, año I, I:12 (1938), pp. 245-247.

⁴² *Boletín epidemiológico*, año I, I:8 (1938), p. 153.

sexuales. Para ello era necesario explicar claramente al enfermo, darle confianza y hacerle entender que la información era confidencial. También se le pediría al enfermo que avisara a los interesados y aconsejara que se hicieran examinar. En esta labor podía ser de utilidad la ayuda de enfermeras visitadoras y agentes sanitarios, dirigidos por el médico “con tacto y cautela”.⁴³

El otro método consistía en censos serológicos con control clínico, es decir, la toma de muestras y su examen para detectar la presencia de los agentes causales de las enfermedades venéreas, así como el diagnóstico y control de signos y síntomas. Estos controles se debían realizar en ciertos grupos, como los enfermos de hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios particulares, médicos y enfermeras, obreros, campesinos, sirvientes, manipuladores de alimentos, empleados de hoteles, solicitantes de seguros, de certificado de matrimonio, de permiso para conducir, estudiantes, empleados de compañías de transporte, de empresas industriales, reclusos y prostitutas. Lo ideal, era poder realizar estos estudios en toda la población y poder ofrecer facilidades de tratamiento a quienes lo requirieran.⁴⁴

El registro privado de los casos de enfermedades venéreas establecido por el reglamento de 1940 pretendía ubicar la fuente de contagio para hacer un seguimiento y localizar a otros enfermos e intentar que siguieran el tratamiento adecuado. Este requisito estaba basado en estudios epidemiológicos que ya se habían llevado a cabo con cierto éxito en otras partes del mundo, y en México se pretendió emular sus resultados. Por ejemplo, en Nancy, Francia, fue realizada una encuesta epidemiológica para rastrear los contactos sexuales de una prostituta enferma de sífilis. Con este método se mostró que esta mujer había contaminado a catorce personas, incluida la esposa de uno de sus clientes.⁴⁵

Otro ejemplo de los estudios epidemiológicos realizados para descubrir los casos de sífilis fue uno realizado en Minnesota en 1933.⁴⁶ En éste se descubrió que tres de cuatro

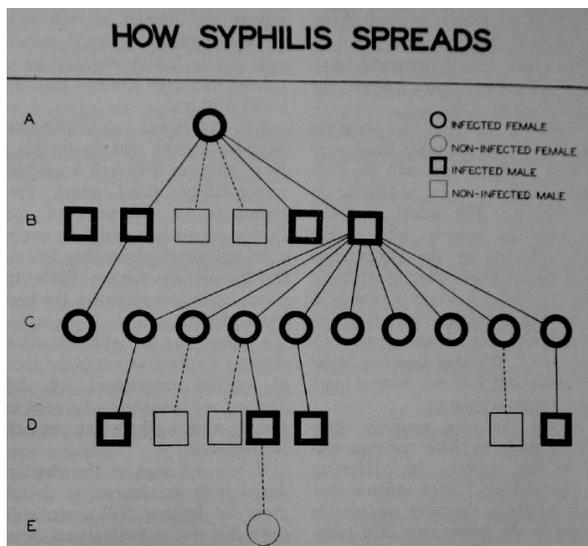
⁴³ *Boletín epidemiológico*, año I, I:8 (1938), pp. 155-156.

⁴⁴ *Boletín epidemiológico*, año I, I:8 (1938), pp. 155-156.

⁴⁵ *Boletín epidemiológico*, año I, I:8 (1938), pp. 156-157.

⁴⁶ El estudio fue realizado por el Departamento de Salud de Minnesota y la Asociación Americana de Higiene Social elaboró el cuadro. Éste a su vez fue publicado por la revista de la Asociación Americana de Salud Pública. EARP, “Responsabilities of Health Authorities to Prevent the Spread of Syphilis”, p. 1106.

hombres enfermos de sífilis habían adquirido la enfermedad por una prostituta, y a su vez, habían propiciado el contagio de otras catorce personas.⁴⁷



“Un médico de una ciudad en el medio oeste pidió al Departamento Estatal de Salud que trazara la fuente de infección en 4 casos recientes de sífilis, todos hombres (B). Los resultados de la investigación revelaron 19 infecciones entre 25 personas examinadas. Tres de los 4 pacientes varones originales fueron infectados por una mujer, una prostituta (A). Estos hombres por su parte, infectaron otras 10 mujeres, 6 de las cuales eran muchachas jóvenes (C). Cuatro muchachas infectaron a otros 4 hombres (D). Para el cuarto hombre (B) se identificó una fuente de contagio diferente.”

American Journal of Public Health, 24:11 (1934), p. 1106.

Aunque estos estudios resultaban novedosos, venían de alguna manera a reforzar la vieja idea de que la prostituta era la principal fuente de contagios. Además, en ellos no se indagó acerca del origen de la enfermedad de las meretrices.

Más allá de tales consideraciones, los estudios epidemiológicos mostraban la posibilidad de detectar casos de sífilis, y a través del conocimiento de los contactos sexuales de las personas enfermas, la detección de la enfermedad se podía dar incluso en fases tempranas. Ese era uno de los objetivos del reglamento de la campaña antivenérea en México de 1940: la detección oportuna de nuevos casos. La aplicación del reglamento de 1940 queda fuera de los objetivos de la presente investigación, sin embargo, hay que destacar no sólo la continuación de la declaración obligatoria en las leyes, sino también la incorporación de elementos técnicos en la legislación, producto de los conocimientos y métodos que a nivel mundial se estaban desarrollando.

⁴⁷ EARP, “Responsibilities of Health Authorities to Prevent the Spread of Syphilis”, p. 1106.

Declaración de enfermedades venéreas y tratamiento ¿obligatorios?

A pesar de la legislación sanitaria, la declaración obligatoria parece haber quedado en el papel. De acuerdo con el DSP y la Asociación Médica Mexicana “los médicos de todo el país suelen desatender la obligación de declarar ante las autoridades sanitarias los casos de enfermedades transmisibles”.⁴⁸ Dicha omisión podía atribuirse, según tales agrupaciones médicas, al secreto profesional. A ello se aunaban los prejuicios, el temor a las medidas preventivas, al aislamiento y al desprestigio.

¿Qué tan temible podía llegar a ser la “amenaza” de la intervención de las autoridades sanitarias y sus acciones preventivas cuando se sabía que una persona estaba enferma? La documentación consultada no da cuenta de sanciones en contra de personas enfermas de sífilis que faltaran a su tratamiento, excepto prostitutas.⁴⁹ Sin embargo, es factible que los mismos pacientes hubieran procurado evitar la declaración de su enfermedad ante el DSP no sólo por vergüenza, sino también por temor a lo que éste pudiera hacer.

Las reacciones de desconfianza y miedo por parte de la población ante las acciones sanitarias ya se habían presentado en más de una ocasión. En el caso de otros padecimientos que se debían declarar obligatoriamente –como la viruela– las autoridades sanitarias se valieron no sólo de medidas persuasivas, sino también de coercitivas que llegaban a causar miedo y a provocar resistencias e incluso agresiones. Así, por ejemplo, aunque en algunas ocasiones se contó con la colaboración de la gente, la obligatoriedad de la vacuna antivariolosa provocó miedo. Hubo temor a que la vacuna causara la viruela en vez de evitarla, a que estuviera contaminada y provocara otras enfermedades –entre ellas la sífilis–, o simplemente que no funcionara. A esto se aunaba la posible intervención de la policía para hacer que la gente se vacunara, para imponer multas, prisión, o bien para aislarla en caso de enfermedad. Por ello, no faltaron quienes se escondían o quienes intentaron agredir a los agentes sanitarios.⁵⁰

⁴⁸ *Salubridad*, I (1930), p. 493.

⁴⁹ Algunos casos de sanciones en a prostitutas en NÚÑEZ, “Motines en el San Juan de Dios”. NÚÑEZ, *La prostitución y su represión en la ciudad de México*.

⁵⁰ CARRILLO, “Los difíciles caminos de la campaña antivariolosa en México”, pp.18-25. AGOSTONI, “Estrategias, actores, promesas y temores en las campañas de vacunación antivariolosa”, pp. 459-470.

Estas experiencias dan cuenta de que las acciones sanitarias preventivas no siempre fueron bien recibidas e incluso llegaron a ser evitadas y temidas cuando adquirían ese carácter obligatorio que hacía posible el uso de la fuerza para su cumplimiento, o la imposición de sanciones en su incumplimiento. Por ello, es factible que como se veía para otros padecimientos, también en el caso de las enfermedades venéreas se hubiera percibido temor ante las posibles acciones dirigidas a los pacientes con sífilis o gonorrea.

Así como la viruela había sido de declaración obligatoria, también lo empezaban a ser en teoría las enfermedades venéreas. Aunque el vocablo “denunciar” podía significar “noticiar” o “avisar”, también podía entenderse como “delatar”. En el caso de las enfermedades venéreas, a diferencia de la viruela, la delación tenía además de la preocupación por las medidas sanitarias, el temor al desprestigio de que se supiera que la persona padecía un mal considerado vergonzoso. Por lo anterior, la declaración obligatoria de las enfermedades venéreas no fue una medida bien recibida por las personas enfermas y fue en la medida de lo posible, evitada. De tal manera, “la costumbre, en virtud del carácter asignado a tales padecimientos, se impone contra de la ley, en forma irrevocable, al menos por ahora.”⁵¹

Al rechazo a la declaración obligatoria se sumaban las dificultades que las autoridades sanitarias tenían para hacer cumplir la ley. Esto se debía fundamentalmente a la falta de personal, a que no había un gran control sobre quienes ejercían la medicina y a que en lugares como el Distrito Federal había algunos problemas de jurisdicción entre las autoridades sanitarias locales y federales.⁵²

Hubo intentos por superar dichos obstáculos y hacer cumplir la ley en lo relativo a la declaración obligatoria. En 1930 el jefe del DSP dio instrucciones al Servicio de Propaganda y Educación Higiénica del mismo Departamento para que insistiera en la declaración obligatoria.⁵³ Además hubo ordenamientos tendentes a mejorar la organización y la coordinación de las autoridades sanitarias en todo el país.⁵⁴ No obstante, en el caso de la declaración obligatoria parece que estos esfuerzos no dieron los frutos deseados. Para 1939 la situación no había cambiado demasiado. La falta del cumplimiento de la

⁵¹ *Salubridad*, I (1930), pp. 494-495.

⁵² *Salubridad*, I:3 (1930), p. 494.

⁵³ *Salubridad*, I:3 (1930), p. 493.

⁵⁴ BUSTAMANTE, *La coordinación de los servicios sanitarios*.

notificación de enfermedades venéreas se reflejaba en “la insuficiencia de nuestras estadísticas, que ignoran un alto porcentaje de casos a causa de la falta de la declaración obligatoria de esta clase de padecimientos”.⁵⁵

Para defender a la sociedad de las enfermedades venéreas no bastaba con saber quiénes estaban enfermos, sino que era preciso que estas personas estuvieran bajo el cuidado de un médico competente, recibieran un tratamiento adecuado y se abstuvieran de tener relaciones sexuales en las etapas contagiosas de la enfermedad.

Es, pues, de interés colectivo primordial, descubrir a los sifilíticos y tratarlos adecuadamente, a fin de cegar a la mayor brevedad estas fuentes prolíficas de contagio. Cuando se descubra prontamente a los sifilíticos y se administre sin tardanza, a todos los infectados la terapéutica adecuada se habrán dado pasos decisivos en la erradicación del mal.⁵⁶

En algunos países como Suecia (1918), Checoslovaquia (1922), Alemania (1927) y Cuba (1928) hubo legislaciones que establecían que el tratamiento médico de los sifilíticos era obligatorio.⁵⁷ En Panamá (1930), aparte de tal exigencia, las autoridades sanitarias podían imponer cuarentena a los enfermos, al igual que en República Dominicana (1920), donde además se indicaría con un cartel rojo donde se llevara a cabo la cuarentena del sifilítico.⁵⁸ En países como Dinamarca (1906) o Rusia (1927) se estableció una multa por suspender el tratamiento o por negarse a recibirlo.⁵⁹ En Francia, la obligación sólo aplicaba para las prostitutas.⁶⁰ En Brasil, en cambio, no se legisló para imponer el tratamiento al menos hasta 1930, y en caso de que se abandonara, sólo se recomendaba a los enfermos retomarlo.⁶¹

En México, el reglamento para el ejercicio de la prostitución de 1926 estableció el tratamiento forzoso para las “mujeres públicas”. Por su parte, el Código Sanitario de ese mismo año imponía a los médicos la obligación de dar aviso a las autoridades sanitarias cuando un enfermo de sífilis hubiera abandonado el tratamiento sin tener el alta, para que se

⁵⁵ VILLELA y REYES, “Algunas ideas sobre Campaña Antivenérea Rural”, p. 337.

⁵⁶ “Epidemiología práctica de la sífilis”, p. 153.

⁵⁷ CAVAILLON, *Les législations antivénériennes*, pp. 39-40 y 50.

⁵⁸ CAVAILLON, *Les législations antivénériennes*, pp. 537-538.

⁵⁹ CAVAILLON, *Les législations antivénériennes*, pp. 39-40.

⁶⁰ CAVAILLON, *Les législations antivénériennes*, p. 40.

⁶¹ CAVAILLON, *Les législations antivénériennes*, p. 103.

procediera en los términos establecidos por un reglamento que al respecto se elaboraría (art. 129) . Tal reglamento, sin embargo, no fue aprobado en esos años.

El Código Sanitario de 1934 ya planteó el tratamiento forzoso para todos los enfermos. Según su artículo 166, todas las personas que padecieran alguna enfermedad venérea tenían “la obligación de sujetarse a tratamiento de un médico con título registrado en el Departamento.” En el caso de menores, quienes ejercieran la patria potestad o la tutela tenían que proveer lo necesario para su cuidado y atención médica. Este Código también estableció que “los enfermos venéreos y los sospechosos de difundir estas enfermedades, podrán ser sujetos a curación obligatoria en hospitales” (art. 168).

La obligación del tratamiento fue reiterada en el Reglamento para la campaña contra las enfermedades venéreas que entró en vigor en 1940. De acuerdo con este reglamento, los enfermos venéreos estaban obligados a someterse al cuidado de un médico desde que sospecharan la enfermedad hasta ser dados de alta. No debían abandonar el tratamiento “mientras no [poseyeran] constancia de no constituir un peligro para la sociedad”.⁶² La sanción a esta disposición era administrativa y se castigaba con multa de cinco a cinco mil pesos, “según el daño causado o el peligro a que se haya expuesto a una persona”, a juicio de las autoridades sanitarias (art. 14).

Ante el desconocimiento de los casos de enfermedades venéreas era difícil –si no imposible– aplicar las leyes relativas a la curación forzosa y obligar a los enfermos a tratarse. Además, es factible que hubiera pacientes que se resistieran a someterse a la medicación por miedo a que el remedio resultara peor que la enfermedad. Y los temores no eran infundados, a pesar de que el DSP reiteraba la utilidad de los medicamentos y hablaba de ellos como si fueran inocuos. Los tratamientos más usados entonces eran el neosalvarsán y el bismuto, que aun si habían mostrado ser más efectivos y reducían los riesgos de tratamientos mercuriales anteriores, no estaban exentos de peligros. Los efectos secundarios podían ser relativamente suaves –como náusea y dolor de cabeza– , pero también podían presentar serias complicaciones como necrosis en el lugar de la inyección, falla hepática, hepatitis y hasta la muerte. Además, sólo eran efectivos en fases tempranas de la enfermedad y poco o nada servían para la sífilis terciaria y la neurosífilis.⁶³ A pesar de ello,

⁶² “Reglamento para la Campaña contra las Enfermedades Venéreas”, art. 5, IV, p. 227.

⁶³ PARASCANDOLA, *Sex, Sin, and Science*, p. 78.

el DSP consideró que los beneficios eran mayores que los riesgos y apostó por promover el tratamiento.

Las autoridades sanitarias fueron conscientes de las dificultades para someter a los enfermos al tratamiento y optaron por favorecer el establecimiento de dispensarios gratuitos, principalmente para las personas de escasos recursos que difícilmente podían pagar una consulta. Así, a pesar de que algunas de las leyes establecieron la curación forzosa, el DSP centró sus esfuerzos en la curación voluntaria.

Dispensarios antivenéreos: curación voluntaria

La creación de dispensarios antivenéreos en México fue propuesta desde la fundación de la Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral de Profilaxis contra las Enfermedades Venéreas en 1908. Entonces se planteó la necesidad del “apoyo del poder público”⁶⁴ en el establecimiento de este tipo de centros, que en teoría no sólo habrían de brindar atención médica a los enfermos, sino que también funcionarían como “centros de acción y de efectiva propaganda”.⁶⁵

En esos años no hubo dispensarios creados por el gobierno, pero la Junta Española de Beneficencia fundó un Consultorio General para enfermos venéreo-sifilíticos en Salto del Agua. En él se atendían sólo varones, en un horario de consultas de siete a nueve de la noche “a fin de que puedan asistir a ellas los empleados, los trabajadores enfermos, sin necesidad de distraerse de sus labores”.⁶⁶ Y aunque el Consultorio funcionaba con los recursos de la Beneficencia Española, no sólo se atenderían enfermos de procedencia ibérica, sino personas de todas las nacionalidades.⁶⁷ Éste llegó a tener una concurrencia “tan numerosa, que requirió un aumento en el personal de practicantes.”⁶⁸

Para 1918 el Consejo de Salubridad reconoció la importancia de facilitar los medios de diagnóstico y curación para quienes no podían pagarlos por su cuenta. Por ello, aún cuando consideraba que con la curación el Consejo “extralimitaba sus funciones”, también

⁶⁴ SÁNCHEZ GAVITO, “Discurso”, p. 3.

⁶⁵ SÁNCHEZ GAVITO, “Discurso”, p. 3.

⁶⁶ “La Beneficencia Española establece un consultorio gratuito para averiados”, p. 4. Esta nota fue publicada en *El Imparcial* de abril de 1909.

⁶⁷ “La Beneficencia Española establece un consultorio gratuito para averiados”, p. 4.

⁶⁸ GONZÁLEZ URUEÑA, “Sesión de aniversario”, p. 2.

se trataba de una medida preventiva, ya que de forma indirecta evitaba nuevos contagios.⁶⁹ El Consejo propuso la instalación de dispensarios para “procurar la rápida y eficaz cura de los averiados, a fin de que cesen cuanto antes de ser focos de contagio, y evitar que se engendren hijos sifilíticos.”⁷⁰

Poco a poco fueron abiertos nuevos dispensarios en la ciudad de México y en el resto del país. En su informe de gobierno de 1921, el presidente Álvaro Obregón anunció que se había instalado en la capital un dispensario para la atención gratuita de los enfermos venéreos, esta vez ya con recursos del gobierno.⁷¹ Un año después, el entonces ministro de gobernación de Obregón, el general Plutarco Elías Calles comisionó a Francisco de P. Millán para que consiguiera locales en la ciudad de México para instalar dispensarios antivenéreos “principalmente entre los miembros de la clase obrera”.⁷² De acuerdo con la ubicación de las fábricas, se formaron seis grupos, “procurando que cada dispensario quede instalado aproximadamente en el centro de cada uno, para que los obreros tengan más facilidades en el servicio que nos proponemos impartirles”.⁷³

Las acciones para poner a disposición de los obreros de la capital los medios adecuados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades venéreas obedecen a distintos intereses. Desde luego se trataba de diagnosticar casos, tratar a los enfermos, prevenir posibles contagios y evitar que los pacientes acudieran a “charlatanes”. Se trataba de llegar a estos grupos de obreros porque –al igual que todas las personas que tenían relaciones sexuales– estaban expuestos al contagio y eran una parte fundamental para el desarrollo económico y político del país. No sólo constituían un sector productivo de la población, sino que también, por medio de los sindicatos, tuvieron una participación política importante. El mismo Plutarco Elías Calles mantuvo una relación cercana con sindicatos obreros, como la Confederación Regional Obrera Mexicana, que años más tarde colaboraría en su campaña presidencial.⁷⁴

⁶⁹ *La Profilaxis en el Consejo Superior de Salubridad*, p. 20.

⁷⁰ *La Profilaxis en el Consejo Superior de Salubridad*, p. 35.

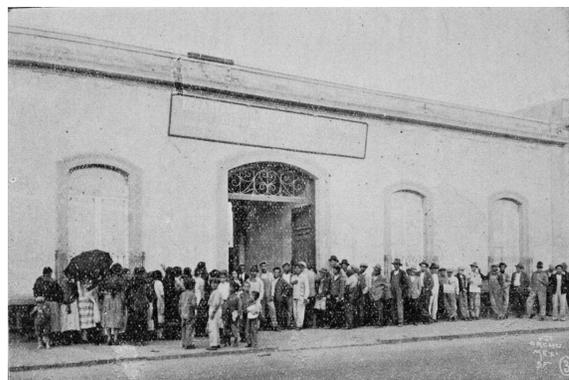
⁷¹ “Informe rendido por el C. Álvaro Obregón ante el H. Congreso de la Unión el día 1 de septiembre de 1921”, p. 112.

⁷² FAPECyFT, PEC, exp. 143, inv. 1466, leg. 1/7.

⁷³ FAPECyFT, PEC, exp. 143, inv. 1466, leg. 1/7. Las demarcaciones correspondían a El Carmen, San Antonio Abad, Arcos de Belem, Calzada Santa Julia, colonia Guerrero y Tacubaya.

⁷⁴ RIVERA, *La clase obrera en la historia de México en la presidencia de Plutarco Elías Calles*.

Para 1928 el Departamento de Salubridad Pública contaba ya con 19 dispensarios, de los cuales 12 estaban en distintos estados de la federación y los otros siete en el Distrito Federal.⁷⁵ Los dispensarios en el DF eran los siguientes: N° 1. En la calle Serapio Rendón 33, atendía a hombres, mujeres y niños; N° 2. En la esquina de las calles Arcos de Belén y Balderas, en principio sólo estaba dedicado a varones; N° 3. En la calle Zaragoza 99, dedicado a la atención de hombres, mujeres y niños. Este dispensario contaba con “una sala de electricidad médica y de diatermia para el servicio de ese dispensario y de los demás que lo requieran”; N° 4. En la calle Colombia 38, sólo para mujeres; N° 5. En la calle Agustín Melgar 31, para hombres, mujeres y niños. Fue inaugurado el 9 de marzo de 1924; N° 6. En la calle Bolívar 152, para hombres, mujeres y niños. Fue inaugurado el 31 de agosto de 1926; N° 7. En la Plaza de Santa Catarina 4, Coyoacán, para la atención de hombres, mujeres y niños. Fue inaugurado el 11 de julio de 1927.⁷⁶



Dispensario Núm. 6 (izquierda) y Dispensario Núm. 3 (derecha). *Memoria de los trabajos realizados por el Departamento de Salubridad Pública 1925-1928.*

Los dispensarios contaban con un laboratorio bacteriológico y estaban integrados por un médico encargado que tenía uno o dos ayudantes médicos, tres practicantes, cuatro enfermeras, un conserje, un mozo y un mecanógrafo. Además, había personal que se especializaba en realizar las pruebas de laboratorio y manejar el equipo de electricidad médica. Los horarios eran de cinco y media de la tarde, hasta las nueve de la noche.⁷⁷

⁷⁵ *Memoria de los trabajos realizados por el DSP 1925-1928*, p. 127.

⁷⁶ *Memoria de los trabajos realizados por el DSP 1925-1928*, p. 128.

⁷⁷ *Memoria de los trabajos realizados por el DSP 1925-1928*, p. 128.

El 24 de octubre de 1927 fue inaugurado otro dispensario dedicado a mujeres, pero a diferencia del N° 4, era atendido sólo por personal médico femenino. Este dispensario se ubicaba en la calle del Ayuntamiento número 70 y estaba bajo el cuidado de una médica directora a cargo de los reconocimientos, diagnósticos, prescripciones, operaciones y administración, una médica ayudante de la directora que se encargaba de los tratamientos por inyecciones, una médica responsable de las curaciones y tres enfermeras para las salas de reconocimiento, curaciones y esterilización. En los primeros diez meses de servicio de este dispensario fueron atendidas 427 mujeres.⁷⁸ Es muy factible que con la atención médica ofrecida por mujeres se buscara generar mayor confianza entre las enfermas y quizá más de ellas acudieran al dispensario.

De acuerdo con el entonces Jefe del Departamento de Salubridad, Gastélum, “el problema relacionado directamente con individuo lo hemos resuelto por el dispensario”. Ahí, además de la atención médica se procuraba instruir a los enfermos: se les daban “tarjetas personales” con información acerca de su tratamiento, las etapas contagiosas de la enfermedad y el peligro de “muerte en terciaria”.

El objetivo principal de estos dispensarios era el diagnóstico y la curación de los enfermos venéreos por medio de un tratamiento ambulatorio que no requería hospitalización. A sus funciones curativas se sumaba la educación a los pacientes, de manera que el dispensario también podía aportar elementos importantes a la prevención. Se buscaba que con el tratamiento y la información brindada a los enfermos se previnieran nuevos contagios. Conforme pasaron los años, también se les atribuyó una “orientación epidemiológica”, esto es, la búsqueda de la fuente de contagio en cada caso nuevo.⁷⁹ Así, los dispensarios se volvieron también centros de investigación epidemiológica.

La epidemiología en los dispensarios antivenéreos

En 1939 la Oficina General de Epidemiología del DSP realizó un estudio sobre los casos de blenorragia en los dispensarios antivenéreos de la capital, que para entonces eran 8 (seis

⁷⁸ *Memoria de los trabajos realizados por el DSP 1925-1928*, p. 129.

⁷⁹ VILLELA y REYES, “Algunas ideas sobre Campaña Antivenérea Rural”, p. 355.

para ambos sexos y dos para mujeres).⁸⁰ Entre la información recabada estaba la edad y sexo de los pacientes, la edad a la que adquirieron la infección, las fuentes de contagio según la edad y el estado civil, el número de contactos expuestos, el tiempo transcurrido desde que se presentaron los síntomas hasta el ingreso al dispensario, así como la “delincuencia de los enfermos”.⁸¹ Aunque las conclusiones no eran “aplicables a toda la población”,⁸² el estudio pretendía mostrar algunas de las características de las personas que solicitaban atención médica en los dispensarios.

¿Quiénes acudían a los dispensarios? De acuerdo con el estudio, las “clases pobres”, es decir, principalmente obreros, también empleados, comerciantes, estudiantes y gente sin ocupación. A estos lugares iban a tratarse personas desde los cinco años de edad hasta gente mayor de sesenta, y generalmente se presentaban cuando la enfermedad se encontraba en una fase aguda y con síntomas.⁸³ La mitad de los hombres acudían al dispensario en la primera semana en la que se presentaban los síntomas, una cuarta parte lo hacía entre la primera y la segunda semana, y sólo un 7% se presentaba después de un año de haber presentado la enfermedad por primera vez. En el caso de las mujeres la situación era distinta, pues el 80% de ellas iba a los dispensarios transcurrido un año desde los primeros síntomas. La mayoría de los enfermos atendidos en los dispensarios por gonorrea eran varones, es decir el 78.3% del total.⁸⁴



Sala de espera para mujeres y sala de espera para hombres. Dispensario núm. 2. *Memorias del DSP, 1925-1928.*

⁸⁰ A estos se sumaban dos dispensarios para prostitutas, el dispensario central y el ubicado en el Hospital “Morelos”.

⁸¹ *Boletín epidemiológico*, año III, III:9-10, (1940), pp. 265-293.

⁸² *Boletín epidemiológico*, año III, III:9-10, (1940), p. 265.

⁸³ *Boletín epidemiológico*, año III, III:9-10, (1940), p. 277.

⁸⁴ *Boletín epidemiológico*, año III, III:9-10, (1940), p. 286.

¿Por qué asistían más hombres que mujeres a los dispensarios? El estudio no aportó conclusiones en este sentido. Quizá los varones adquirirían la infección con más frecuencia que ellas, o tal vez la diferencia no radicaba tanto entre quienes se contagiaban más, sino entre quienes buscaban con mayor frecuencia la asistencia médica en los dispensarios. ¿Por qué ellas se demoraban más en buscar ayuda? El estudio tampoco ofrece elementos que permitan hacer alguna afirmación al respecto, pero es posible que a ellas les fuera más difícil reconocer los síntomas.⁸⁵ O quizá el pudor o la vergüenza hayan tenido un mayor peso entre las mujeres que entre los hombres, dificultando que ellas se acercaran a los dispensarios en la misma cantidad y con la misma frecuencia que los varones. Los discursos y las expectativas morales, sociales y religiosas acerca de la virginidad y la fidelidad eran mayores para las mujeres,⁸⁶ y esto, en teoría, debía preservarlas de enfermedades venéreas. De hecho, entre las 29 mujeres que aceptaron haber adquirido la blenorragia por vía sexual, 21 afirmaron que fue su esposo quien las contagió (72%), a diferencia de los hombres, de los que sólo siete de 152 dijeron haber contraído la enfermedad por su esposa (4.6%). Algunos hombres casados prefirieron no decir la fuente de contagio, “quizá por no confesar adulterio o quizá no querer ver origen del mal en el otro cónyuge.”⁸⁷

El estado civil de los enfermos, sin embargo, no fue un dato al que los epidemiólogos concedieran mayor relevancia en su análisis, puesto que observaron que la proporción de pacientes casados y solteros era muy similar a la de la población en general. Según el censo de 1930, en el Distrito Federal el 66.9% eran solteros, 24.7% casados, y el 8.2% eran viudos y divorciados. En los dispensarios, el 65.5% de los enfermos eran solteros, el 32% casados, y el 2.5% eran viudos.⁸⁸

⁸⁵ De acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (en inglés Centers for Disease Control and Prevention, CDC), las enfermedades de transmisión sexual afectan de forma diferente a hombres y mujeres. Ellas pueden presentar menos síntomas que los hombres en la gonorrea y la clamidia, pueden confundir más fácilmente los síntomas de las enfermedades con otras molestias, y pueden presentar lesiones dentro de la vagina que son menos visibles que aquellas que se presentan en los varones. <http://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/docs/STDs-Women-042011.pdf>

⁸⁶ Algunos textos que hablan acerca de los ideales de mujer: RAMOS, “Mujeres positivas”. RAMOS (comp.), *Género e historia*. PARCERO, *Condiciones de la mujer en México*. FRENCH, “Prostitutes and Guardian Angels”. GARCÍA, *El fracaso del amor*. LAGARDE Y DE LOS RÍOS, *Los cautiverios de las mujeres*. Ríos de la Torre, “La idea de la mujer a través de la prensa porfiriana”.

⁸⁷ *Boletín epidemiológico*, año III, III:9-10 (1940), pp. 275.

⁸⁸ *Boletín epidemiológico*, año III, III:9-10 (1940), p. 273.

La fuente de infección fue preferentemente sexual. Los resultados fueron los siguientes:

Fuente de infección	Hombres	Mujeres	Ambos
No sexual	4	8	12
Prostitución regulada	47	0	47
Prostitución regulada	48	0	48
Prostitución clandestina	69	0	69
Conyugal	7	21	28
Amante	13	7	20
Novio/a	6	1	7
Sirvienta	9	0	9
Suma	156	37	193
Ignorada	3	7	10
Total	159	44	203

Boletín epidemiológico, año III, III:9-10 (1940), p. 270.

Entre los hombres que formaron parte del estudio, la mayoría decía haber contraído la gonorrea de una prostituta, ya fuera registrada o clandestina. De acuerdo con la investigación en los dispensarios, entre los jóvenes de 10 y 19 años, la prostitución habría provocado el 90% de las infecciones, lo que los epidemiólogos atribuyeron a la falta de conocimientos sobre educación sexual y de “rudimentos de higiene sexual y social”.⁸⁹ Entre los jóvenes de 20 a 29 años, el 70% habría sido “víctima de la prostitución” y entre los hombres de 40 a 49 años encontraron casos de contagio no sexual, aunque seguía “predominando la prostitución”.⁹⁰ Este estudio epidemiológico expresó no sólo la importancia que se le concedía a la prostitución en la transmisión de enfermedades venéreas, sino que también hizo evidente la presencia de las “mujeres públicas” en la sociedad. Lo relativo al tema de la prostitución será abordado en el siguiente capítulo.

Además de la fuente de contagio, también fue del interés de los epidemiólogos del DSP la edad a la que los pacientes de los dispensarios adquirieron la infección. Los resultados fueron los siguientes:

⁸⁹ *Boletín epidemiológico*, año III, III:9-10 (1940), p. 270.

⁹⁰ *Boletín epidemiológico*, año III, III:9-10 (1940), p. 272.

Edad	Hombres	Mujeres	Ambos
0-4	0	0	0
5-9	0	7	7
10-14	3	5	8
15-19	38	14	52
20-24	49	8	57
25-29	27	5	32
30-34	13	3	16
35-39	8	2	10
40-44	4	0	4
45-49	1	0	1
50-54	1	0	1
55-59	0	0	0
Más de 60	2	0	2
Suma	146	44	190
Ignorada	13	0	13
Total	159	44	203

Boletín epidemiológico, año III, III:9-10 (1940), p. 270.

A propósito de estos datos, se destacó que la mayoría de los pacientes se había contagiado entre los 15 y los 24 años, siguiendo el grupo de edad de los 24 a los 29 años. También llamó la atención que las mujeres se contagiaran tan jóvenes y que después de los cuarenta años ya no se presentaron infecciones. Los epidemiólogos del DSP atribuyeron esto a las “diferencias por condiciones anatómicas y fisiológicas” que facilitaban que las niñas (entre los 5 y los 9 años) adquirieran la infección por vías no sexuales. Entre los 10 y los 14 años hubo más casos de mujeres que de hombres, que los investigadores atribuyeron a probables contactos no sexuales o bien, a que el “despertar de la libido [era] más precoz en el sexo débil”.⁹¹

De acuerdo con estas conclusiones, las niñas en general eran más propensas que los varoncitos a contraer la infección. *La Revista Médica*, publicada por la Sociedad de

⁹¹ *Boletín epidemiológico*, año III, III:9-10 (1940), p. 267.

Medicina Interna, dio a conocer en 1899 un artículo que hablaba sobre la gonorrea en las niñas. Al respecto decía lo siguiente:

¿Cómo tiene lugar el contagio? Es la niña un reactivo altamente sensible al gonococo. Basta que los padres sean blenorragicos para que con gran facilidad transmitan el mal a sus hijas, y no es preciso para ello que hayan tenido lugar prácticas incorrectas: el contacto de las ropas, y sobre todo el dormir una niña con sus padres, es suficiente para que la fatalidad haciendo el resto, la enfermedad aparezca.⁹²

Los epidemiólogos reconocieron la posibilidad de que entre los 10 y los 14 años la infección no fuera por contacto no sexual, pero a partir de esta edad, el desarrollo sexual de las mujeres podía tener una gran influencia, pues determinaría sus “aficiones” y por tanto, el mayor o menor grado de exposición al peligro de contagio venéreo. Aunque este estudio epidemiológico no lo reconoció, también debe considerarse que hubo casos en los que las niñas quedaron expuestas a la enfermedad no por su “afición” sino por el abuso sexual del que fueron víctimas.⁹³ De ello se hablará más adelante.

Entre las jóvenes de 15 y 19 años ya era “raro el contagio no sexual”. Según lo expresado en este estudio epidemiológico, el desarrollo sexual de la mujer tendría cambios importantes aproximadamente entre los 10 y los 40 años, desde el “despertar” de su libido hasta que las “aficiones sexuales principian a decaer generalmente”. El desarrollo de los varones era en teoría más tardío y sus “aficiones sexuales” comenzaban a decaer hasta los 50 años, aproximadamente.⁹⁴ Según los epidemiólogos, esto en parte explicaba la diferencia en la edad en la que hombres y mujeres contraían la enfermedad.

La investigación epidemiológica debía ir más allá de los pacientes tratados para tratar de “descubrir” nuevos casos gracias a la identificación de los contactos sexuales de los enfermos. Aunque esta labor era fundamental en la prevención, no se logró conseguir la información de los contactos del 67% de los enfermos estudiados. Los resultados del resto de los pacientes fueron los siguientes:

La exposición de contactos por contacto sexual se determinó en 67 casos que corresponden al 33% de los estudiados. Se encontró que lo más frecuente que acontece es que se halle un contacto expuesto por caso, que una quinta parte no

⁹² PROUBASTA, “Consideraciones clínicas acerca de la vulvo-vaginitis blenorragica en las niñas”, pp. 206-213.

⁹³ PICCATO, *Ciudad de sospechosos*, pp. 193-202. Pablo Piccato analiza varios juicios por violación, algunos de cuales implicaban a menores. También señala la difícil situación de las víctimas de este delito.

⁹⁴ *Boletín epidemiológico*, año III, III: 9-10 (1940), p. 267.

expone a ningún contacto por infección sexual y que tres contactos se hallan expuestos en una décima parte de los casos.⁹⁵

En teoría, los enfermos con la ayuda de enfermas visitadoras y agentes sanitarios debían aconsejar a las personas expuestas al contagio para que se hicieran examinar.⁹⁶ El *Boletín Epidemiológico* no publicó al respecto, de manera que no se sabe qué información proporcionaron los pacientes acerca de sus contactos, ni cómo procedió el DSP en estos casos.

El número de personas expuestas y las circunstancias del contagio fueron de interés para los epidemiólogos, no sólo con motivos de prevención y curación, sino por la posible “delincuencia de los enfermos”. Cuatro quintas partes de los enfermos se declararon “no delincuentes”, aunque los epidemiólogos sospechaban que había quienes podían “mentir deliberadamente”.⁹⁷ Entre quienes aceptaron haber transmitido la enfermedad con conocimiento de padecerla, la mayoría fueron mujeres, quienes se presentaron “más frecuentemente como delincuentes conscientes que los hombres.” Esto, decían los epidemiólogos, “nos lo explicamos porque en general en el sexo femenino la existencia de la enfermedad toma caracteres más crónicos que en los hombres”. Por otra parte, el “grupo de delincuentes inconscientes”, aunque era “pequeño”, demostraban “la poca importancia que las mujeres conceden a la existencia de flujos vaginales que se relacionan con otras enfermedades como anemia, clorosis, etc.”⁹⁸

Aunque los epidemiólogos remitieron a conceptos como “delincuente consciente” y “delincuente inconsciente”, su estudio no da cuenta de las posibles implicaciones legales o penales de la transmisión de la gonorrea. Tampoco mencionaron si se siguió algún tipo de proceso penal en contra de estos pacientes o no.

Más allá de la situación legal de quienes acudían a los dispensarios y aceptaban haber contagiado a otras personas, la posible “delincuencia de los enfermos” en general fue un asunto de gran importancia en la lucha antivenérea. Los enfermos venéreos, ¿eran delincuentes? ¿En qué circunstancias podían serlo? ¿Qué castigo merecían?

⁹⁵ *Boletín epidemiológico*, año III, III: 9-10 (1940), p. 279.

⁹⁶ *Boletín epidemiológico*, año I, I: 8 (1938), p. 155.

⁹⁷ *Boletín epidemiológico*, año I, I: 8 (1938), p. 286.

⁹⁸ *Boletín epidemiológico*, año I, I: 8 (1938), p. 286.

El enfermo venéreo ¿delincuente o víctima?

La cuestión no sólo tenía que ver con los juicios morales sobre la transmisión de la enfermedad, sino con sus repercusiones legales. Los médicos enfatizaron la necesidad de tener consideraciones con los enfermos para juzgar no a la persona, sino a sus acciones. De tal manera, afirmaban que la delincuencia no provenía del hecho de “ser un enfermo venéreo”, sino de no atenderse como era debido y contagiar a otra persona sabiendo que se padecía o que era posible que se padeciera la enfermedad.

Uno de los problemas radicaba en que a veces era muy difícil distinguir la delgada línea que separaba a quienes sabían de su enfermedad y la transmitían, y a quienes contagiaban sin querer por ignorar que estaban en una etapa infecciosa de su padecimiento. Más allá de las implicaciones morales, este asunto cobraba particular importancia en los juicios penales, pues la distinción entre el contagio “a sabiendas” y el “inconsciente” era determinante para la sentencia del presunto culpable.

Algunas personas adquirirían la enfermedad sin haberse “expuesto voluntariamente” a ella. Este era, por ejemplo, el caso de los pequeños que padecían el mal transmitido por sus padres, o de las mujeres contagiadas a causa de alguna “aventura” de su marido. Estos eran “contagios inmerecidos”, cuyo carácter de “inmerecido” había que dar a conocer para “evitar que los enfermos sean juzgados”.⁹⁹ Por ello, desde un punto de vista moral “no está precisamente el mal en atrapar estas enfermedades, sino en ponerse voluntariamente en condiciones de contraerlas”.¹⁰⁰ Sin embargo, “los que habitualmente se ponen con inusitada frecuencia en estas condiciones son seres corrompidos y es justo que la sociedad los excluya de su seno”.¹⁰¹ Pero si además de exponerse voluntariamente al contagio, ponían en riesgo a más personas sabiendo que estaban enfermos, entonces se convertían en delincuentes.¹⁰²

A pesar de los llamados a no juzgar a las personas por su enfermedad, y del pretendido carácter de “inmerecido” de algunos contagios, la actitud de médicos y legisladores frente a los enfermos fue ambivalente. En principio, la distinción entre

⁹⁹ TERRÉS, “Discurso pronunciado por su autor en la solemne inauguración”, p. 4.

¹⁰⁰ CÍCERO, “¿Es útil divulgar los conocimientos relativos a la sífilis y a otras enfermedades venéreas?”, p. 3.

¹⁰¹ CÍCERO, “¿Es útil divulgar los conocimientos relativos a la sífilis y a otras enfermedades venéreas?”, p. 3.

¹⁰² *La Profilaxis de la sífilis en el Consejo*, p. 7.

víctimas y delincuentes no era sencilla. El contagio a sabiendas era reprobable desde diversos puntos de vista, pero no era fácil e incluso en ocasiones era imposible saber cuáles eran las intenciones de los enfermos y si ellos realmente tenían conocimiento de sus padecimientos y las implicaciones de los mismos. Por otra parte, la insistencia de algunos médicos de centrar los juicios y las sanciones en el contagio y no en el enfermo estaba en desacuerdo con las tendencias positivistas cada vez más aceptadas en el derecho penal que se concentraba más en la persona que en el delito.

Enrico Ferri distinguió la “escuela clásica” de la positivista.¹⁰³ Los teóricos asociados a la primera¹⁰⁴ se preocupaban fundamentalmente del delito, que era un acto externo dañoso. Para la “escuela clásica”, la responsabilidad penal estaba basada en el libre albedrío y la responsabilidad moral, y con base en ella debían establecerse las penas.¹⁰⁵ Los positivistas por el contrario consideraron que el delito era un síntoma de la peligrosidad del delincuente.¹⁰⁶ Por ello, el delito debía valorarse de acuerdo con la persona que lo cometía. La responsabilidad no era moral sino social, debido sencillamente a que el hombre es un ser sociable y vive en sociedad. El criterio para sancionar sería el “estado peligroso” y la sanción tendría como objetivo neutralizar el peligro social que representaba el delincuente y tratar de adaptarlo para hacerlo útil al medio en el que vivía.¹⁰⁷

Los enfermos venéreos, independientemente del origen de su mal, –si éste era “merecido” o no y de cómo asumían su enfermedad– fueron considerados peligrosos. Por ello tanto médicos como abogados insistieron en la intervención estatal en la prevención y sanción del contagio venéreo. A juicio de algunos médicos y juristas, el dolor, la vergüenza, el estigma, el rechazo y la condena moral no bastaban para castigar a quien transmitía conscientemente su mal. Dado que su acción era un delito, debía ser juzgado por las leyes del Estado.

¹⁰³ La escuela clásica no existió como tal, fue una forma en la que Ferri y posteriormente otros autores se refirieron a teóricos en oposición a los positivistas. ZAFFARONI *et al.*, *Derecho penal*, p. 316.

¹⁰⁴ Entre estos autores Beccaria y Carrara.

¹⁰⁵ ALMARAZ, *Exposición de motivos del Código Penal*, pp. 14-15 y 46.

¹⁰⁶ ALMARAZ, *Exposición de motivos del Código Penal*, p. 48, FERRI, *Sociología criminal*, ZAFFARONI, *et al.*, *Derecho penal*, p. 317.

¹⁰⁷ ALMARAZ, *Exposición de motivos del Código Penal*, pp. 20-21 y 107.

El contagio venéreo, un delito

En la Segunda Conferencia Internacional para la profilaxia de la sífilis y de las enfermedades venéreas celebrada en Bruselas en 1902, fue discutido el tema de la responsabilidad civil y penal del contagio venéreo. La civil iría encaminada a la indemnización de la persona afectada y también se constituiría como una causal de divorcio.¹⁰⁸

En cuanto a la responsabilidad penal se discutieron los elementos que se debían considerar para tipificar el delito. Un senador belga sugirió que se tenían que cumplir tres condiciones para que el contagio se configurara como delito: que atentara a la moral, que causara perjuicio y que fuera intencional. Por su parte, un abogado holandés propuso que se consideraran varias categorías y que se les aplicara un criterio distinto, según se tratase de contagio intencional, por indolencia, por negligencia o imprudencia, o por desconocimiento de causa.¹⁰⁹ En su disertación, un médico francés planteó dos posibilidades para la denuncia del delito de contagio: de oficio y por querrela. La primera opción quedaba prácticamente descartada porque implicaba quebrantar el secreto médico y esto podía ahuyentar a los pacientes y favorecer que se atendieran con “charlatanes”.¹¹⁰ Por otra parte, la denuncia de la persona afectada (o de sus padres en caso de ser menor) hacía necesario comprobar que el quejoso y el inculpado padecían la misma enfermedad, y posteriormente, demostrar que el segundo había contagiado al primero.¹¹¹

La denuncia por contagio venéreo planteaba diversas repercusiones morales y legales que fueron discutidas en la Segunda Conferencia Internacional de 1902. Por una parte, algunos médicos consideraron que al presentar una queja se hacía una confesión explícita y peor aún, “publicidad” de que se padecía la enfermedad. Esto hacía que muy pocos estuvieran dispuestos a hacer público un asunto que interesaría que fuese privado, al menos mientras las enfermedades venéreas fueran consideradas como un “vicio”.¹¹²

¹⁰⁸ CÍCERO, “¿Se deben aplicar los principios de la responsabilidad civil y penal?”, p. 114.

¹⁰⁹ CÍCERO, “¿Se deben aplicar los principios de la responsabilidad civil y penal?”, p. 114.

¹¹⁰ CÍCERO, “¿Se deben aplicar los principios de la responsabilidad civil y penal?”, pp. 116-117.

¹¹¹ CÍCERO, “¿Se deben aplicar los principios de la responsabilidad civil y penal?”, p. 117.

¹¹² CÍCERO, “¿Se deben aplicar los principios de la responsabilidad civil y penal?”, p. 117.

Con base en lo anterior, el reconocido sifilógrafo mexicano Ricardo Cícero, –quien estuvo presente en la Conferencia de Bruselas– concluyó que no se debían aplicar los principios de la responsabilidad civil y penal a la transmisión de la sífilis. Y a los argumentos antes expuestos, sumaba algunas dificultades prácticas: el examen a terceras personas podía ser vejatorio y calumnioso, además que era difícil por las características de las enfermedades venéreas determinar si el acusado realmente había ocasionado el contagio y en qué momento éste se había verificado.¹¹³

A pesar de las objeciones, en diversos lugares alrededor del mundo el delito de contagio venéreo fue tipificado. Entre estos países estaba Suecia (1918) donde había penas de prisión o trabajos forzados, Checoslovaquia (1922), Alemania (1927), donde se castigaba con prisión de hasta tres años y Dinamarca (1906), donde se penalizó desde 1888 y se condenaba a prisión o a reclusión en casas de corrección. En Francia el contagio fue tipificado como lesión. En Rusia el Código Penal preveía una sanción de hasta seis meses de prisión. En Noruega (1902) también se estableció pena de prisión y en Cuba (1928) se reconoció la responsabilidad criminal por la transmisión voluntaria de las enfermedades venéreas. En Estados Unidos los servicios federales de salud recomendaron que los estados tipificaran el delito de contagio.¹¹⁴

Aunque la discusión acerca de la penalización por la transmisión de enfermedades venéreas ya se había planteado en México al menos desde 1905,¹¹⁵ fue hasta 1926 que se consideró seriamente la posibilidad de legislar al respecto. Entonces, la Secretaría de Gobernación solicitó al DSP que enviara sus sugerencias en lo relativo a los “delitos contra la salud pública”, a fin de modificar el Código Penal. La Comisión Revisora del Código Penal también emitió su opinión sobre este asunto con base en el estudio realizado por el abogado José Almaraz.¹¹⁶ Tanto el Departamento como la Comisión concluyeron que debía tipificarse el delito de contagio venéreo.

¹¹³ CÍCERO, “¿Se deben aplicar los principios de la responsabilidad civil y penal?”, pp. 117-119.

¹¹⁴ CAVAILLON, *Les législations antivénériennes*, pp. 35-37.

¹¹⁵ CÍCERO, “¿Se deben aplicar los principios de la responsabilidad civil y penal?”, p. 114.

¹¹⁶ José Almaraz (1886-1948) fue presidente de la comisión redactora del Código Penal de 1929. Fue ministro en Berlín, catedrático de la Escuela Nacional de Jurisprudencia y trabajó en el Departamento de Defensa y Previsión Social. Realizó algunas publicaciones, como el Tratado de Ciencias Penales y sus colaboraciones en la revista *Criminalia. Diccionario Porrúa*.

De acuerdo con las autoridades sanitarias, la obra propagandística y las labores de curación en los dispensarios del DSP debían “ser coronadas por la sanción legislativa que castigue en forma conveniente a los que, conociendo o sospechando de un mal venéreo se dedican a transmitirlo sin consideración para sus semejantes ni tener además en cuenta el grave daño que causan a la colectividad.”¹¹⁷ Esto se justificaba –afirmaba el DSP– por “la necesidad que hay de robustecer y sanear convenientemente la especie humana.”¹¹⁸

Aunque había quienes hablaban de “contagio voluntario”, el DSP sugirió el uso de los términos “consciente” e “inconsciente”, puesto que era difícil demostrar la voluntad de una persona de transmitir su mal. El contagio consciente se daba con el conocimiento de la enfermedad y según el jefe del DSP, era el más común. El contagio inconsciente se debía admitir entre las “clases esencialmente incultas” y entre aquellos que ignoraban su enfermedad, su transmisibilidad o que se creían “inofensivos”.¹¹⁹

A juicio del DSP, el nuevo código penal también debía considerar que la transmisión de las enfermedades venéreas no sólo se daba por la vía sexual, sino que también podía presentarse entre las nodrizas y los bebés que ellas alimentaban, por medio de objetos contaminados (en restaurantes, baños, salones de peinado, etc.), y en la atención médica en la que se trataba a los pacientes sin las condiciones de asepsia necesarias. En estos casos, el código debía establecer “castigos adecuados reprimiendo la malicia, la imprudencia y el descuido de los contaminadores.”¹²⁰

El DSP no desconocía las objeciones que se habían planteado a la tipificación del contagio. Entre ellas estaba la dificultad de distinguir con certeza al culpable, sobre todo en los casos en los que los quejosos llevaban “una vida irregular”. Pero aunque era probable que estos casos se presentaran, el Departamento estimaba que serían minoría y que habría “muchos otros casos en que aparezca con claridad meridiana la certidumbre del autor del delito”. También se llegó a objetar que se facilitaría el chantaje en la persecución de los acusados, pero el DSP alegaba que esto se resolvería endureciendo las penas de difamación y calumnia.

¹¹⁷ AHSSA, SP, SJ, c. 5, exp. 12. Carta de Gastélum al Srio. de Gobernación Tejeda, 5 de marzo de 1927.

¹¹⁸ AHSSA, SP, SJ, c. 5, exp. 12. Carta de Gastélum al Srio. de Gobernación Tejeda, 5 de marzo de 1927.

¹¹⁹ AHSSA, SP, SJ, c. 5, exp. 12. Carta de Gastélum al Srio. de Gobernación Tejeda, 5 de marzo de 1927.

¹²⁰ AHSSA, SP, SJ, c. 5, exp. 12. Carta de Gastélum al Srio. de Gobernación Tejeda, 5 de marzo de 1927.

Otro de los inconvenientes señalados era que la tipificación del contagio venéreo atentaba contra la libertad individual, puesto que toda relación sexual implicaba riesgo de contagio y las personas eran libres de aceptar o rechazar el encuentro, por lo que debían asumir sus consecuencias. A este argumento el Departamento respondía que había una confusión entre “el estado de enfermedad y el acto de contaminación”, los cuales debían estar disociados ya que era posible que una persona padeciera la enfermedad y no contaminara. De esta manera, el delito se refería al acto y no a la persona.¹²¹

Finalmente, entre las sugerencias del Departamento para tipificar el delito, estaba la modificación del capítulo del Código Penal relativo a las lesiones, para que se incluyera el delito de contaminación intersexual.

La Comisión Revisora del Código Penal también propuso la creación de los delitos de contagio sexual y nutricio. De acuerdo con el Lic. Almaraz, dicho código no tenía como fin principal la prevención, pero el legislador estaba “obligado a introducir las medidas de represión de todos los actos que lesionan un interés jurídico, es decir, los delitos” y más aún en el caso de uno que tenía graves implicaciones sociales. Además, de cierta manera, la represión contribuiría a prevenir futuros delitos.¹²²

En su análisis jurídico acerca de la tipificación del delito de contagio, Almaraz planteaba que las relaciones sexuales implicaban un contrato privado y en los casos en que se presentaba el contagio consciente, había engaño de una de las partes. Al igual que el DSP descartó el argumento de la libertad individual por considerar que la libertad de disponer del cuerpo debía darse dentro de los límites de la ley y con el respeto al derecho de los demás. También rechazó la negación de la intención dolosa por considerar que confundía el estado de enfermedad (pasivo) con el “acto de contaminación” (activo).¹²³

El delito de contagio –decía Almaraz– podía clasificarse al igual que los demás, como intencional o de culpa. Para que fuese intencional tendría que comprobarse el conocimiento de la enfermedad y de sus implicaciones. El delito era culposo cuando el contagio era inconsciente y “por extrema rudeza” se ignoraba la enfermedad o el peligro de

¹²¹ AHSSA, SP, SJ, c. 5, exp. 12. Carta de Gastélum al Srío. de Gobernación Tejeda, 5 de marzo de 1927.

¹²² AHSSA, SP, SJ, c. 5, exp. 12. “Estudio que presenta el Lic. José Almaraz a la comisión revisora del Código Penal, acerca de la creación de un nuevo delito: el de contagio (sexual y nutricio)”, 28 de agosto de 1926.

¹²³ AHSSA, SP, SJ, c. 5, exp. 12. “Estudio que presenta el Lic. Almaraz a la comisión revisora del Código Penal, acerca de la creación de un nuevo delito: el de contagio (sexual y nutricio)”, 28 de agosto de 1926.

transmisión. Aun la “contaminación aceptada por la víctima” constituía un delito porque la persona, su vida y su salud “son cosas que no están en el comercio”.¹²⁴

Entre las sanciones debía estar en primer lugar la reparación de daños por medio de una indemnización, tanto fuera del matrimonio como dentro de él. En este último caso, el contagio también sería motivo de divorcio. En el delito intencional debía “establecerse segregación y multa, según los casos y la *temibilidad* revelada por el agente.”¹²⁵ Según esta propuesta, la segregación debía ir de uno a seis años, y la multa debía ser de 40 días de utilidad, sin perjuicio de reparar totalmente el daño. Para el contagio inconsciente la multa sería de tres días, más la reparación del daño.

Almaraz incluyó en su propuesta el delito de contagio nutricional. Las nodrizas enfermas o que sospechaban tener algún padecimiento tendrían prohibido amamantar. A los niños enfermos sólo les podrían dar pecho sus respectivas madres, excepto cuando por dictamen médico ellas no pudieran y fuera imprescindible la “alimentación natural”. En tal caso, los infantes enfermos se confiarían a una nodriza que no tuviera hijos de pecho y en adelante no alimentaría a niños sanos. El delito de contagio nutricional se sancionaría como intencional o imprudencial, según el caso.¹²⁶

Finalmente, Almaraz planteó la obligación de los médicos de advertir al enfermo el carácter transmisible de la sífilis, sus consecuencias legales en caso de contagio y la prohibición de contraer matrimonio mientras hubiera peligro de infectar a la pareja. El incumplimiento de este mandato por parte de los médicos se castigaría con multa de cinco a veinte días de utilidad, su reincidencia duplicaría la multa y una tercera falta llevaría a la suspensión del ejercicio profesional durante un año.¹²⁷

El Servicio Jurídico Consultivo del DSP hizo una revisión de los dictámenes del mismo Departamento y de Almaraz. Destacó que ambos coincidían en “tomar una determinación enérgica en beneficio de la raza, para impedir la degeneración de la especie,

¹²⁴ AHSSA, SP, SJ, c. 5, exp. 12. “Estudio que presenta el Lic. Almaraz a la comisión revisora del Código Penal, acerca de la creación de un nuevo delito: el de contagio (sexual y nutricional)”, 28 de agosto de 1926.

¹²⁵ AHSSA, SP, SJ, c. 5, exp. 12. “Estudio que presenta el Lic. Almaraz a la comisión revisora del Código Penal, acerca de la creación de un nuevo delito: el de contagio (sexual y nutricional)”, 28 de agosto de 1926.

¹²⁶ AHSSA, SP, SJ, c. 5, exp. 12. “Estudio que presenta el Lic. Almaraz a la comisión revisora del Código Penal, acerca de la creación de un nuevo delito: el de contagio (sexual y nutricional)”, 28 de agosto de 1926.

¹²⁷ AHSSA, SP, SJ, c. 5, exp. 12. “Estudio que presenta el Lic. Almaraz a la comisión revisora del Código Penal, acerca de la creación de un nuevo delito: el de contagio (sexual y nutricional)”, 28 de agosto de 1926.

deteniendo por medio del castigo el desarrollo de la SÍFILIS y los males venéreos que cada día es más creciente y causa mayores perjuicios a la colectividad pública.”¹²⁸

Aunque los dictámenes tuvieron más concordancias que diferencias, el Servicio Jurídico del Departamento objetó algunas de las propuestas de Almaraz respecto del contagio nutricional y las sanciones a los médicos. En cuanto a la obligación de los médicos de comunicar a sus pacientes los riesgos y las implicaciones de las enfermedades venéreas, decía que era “de gran conveniencia como garantía social”, pero dejaba a estos profesionistas en una “condición desigual” que se prestaba al chantaje y la venganza. Al tratarse de enfermedades que los pacientes trataban de ocultar, el médico no podía obligarlos a recibir una constancia y por tanto no tendría medios de comprobar que había cumplido con su deber de darles la información pertinente.

La otra objeción que expresó el Servicio Jurídico fue acerca de la posibilidad de que una nodriza alimentara a un niño enfermo, pues con ella se autorizaba el peligro de contagio a una mujer sana. Al respecto, el Servicio Jurídico estableció que un niño enfermo sólo debía ser amamantado por su madre, o si esto no era posible, tenía que ser alimentado forzosamente de manera artificial.¹²⁹

Por otra parte, el Servicio Jurídico consideró necesaria una clasificación de las enfermedades venéreas con base en el tiempo en que “científicamente” podían curarse, sus implicaciones patológicas y morales. Esto serviría de base para establecer la pena, pues aquellas que fueran curables debían sancionarse con una tercera parte de la pena correspondiente al contagio de enfermedades incurables. Otra propuesta fue que en los casos de violación y estupro se investigara de oficio si como consecuencia de tales delitos se había producido alguna enfermedad venérea.¹³⁰

¹²⁸ AHSSA, SP, SJ, c. 5, exp. 12. Servicio Jurídico Consultivo, “Dictamen relativo al proyecto remitido por la Sria. de Gobernación, acerca de la creación de un nuevo delito: el de contagio (sexual y nutricional)”, abril de 1927.

¹²⁹ AHSSA, SP, SJ, c. 5, exp. 12. Servicio Jurídico Consultivo, “Dictamen relativo al proyecto remitido por la Sria. de Gobernación, acerca de la creación de un nuevo delito: el de contagio (sexual y nutricional)”, abril de 1927.

¹³⁰ AHSSA, SP, SJ, c. 5, exp. 12. Servicio Jurídico Consultivo, “Dictamen relativo al proyecto remitido por la Sria. de Gobernación, acerca de la creación de un nuevo delito: el de contagio (sexual y nutricional)”, abril de 1927.

Delito de contagio y delito de lesiones

El Código Penal para el Distrito y los Territorios Federales fue publicado en el Diario Oficial el 5 de octubre de 1929, durante la presidencia interina de Emilio Portes Gil. Desde la administración anterior, en 1925 el entonces presidente Plutarco Elías Calles designó a la Comisión Revisora que analizaría el Código de 1872, todavía vigente, y presentara una nueva ley penal.¹³¹ Este nuevo ordenamiento legal tenía que estar en consonancia con la Constitución política de 1917 y adoptar “principios científicos y racionales que hagan eficaz la lucha contra la delincuencia”.¹³²

El Código Penal de 1929 dedicó su Título VII a los delitos contra la salud, que incluía la elaboración, adulteración y comercio ilegal de alimentos y drogas enervantes, la embriaguez habitual, la toxicomanía, y el delito de contagio sexual y nutricio. Esta ley reconoció que la transmisión de las enfermedades venéreas no sólo era por vía sexual y consideró la posibilidad de que se presentaran crímenes o imprudencias en el amamantamiento. El contagio nutricio había sido motivo de estudios médicos desde el siglo XIX. Las nodrizas comenzaron a ser vistas como una fuente potencial de enfermedades y vicios. En el Distrito Federal hubo un reglamento en 1898 que pretendía controlar su actividad, y con este código se buscaba castigar el contagio que pudiese resultar de ella.¹³³

La sanción del delito de contagio sexual y nutricio dependía si el culposo tenía o no conocimiento de su enfermedad y sus consecuencias. Si sabía, se le imponía una “segregación según las circunstancias” de uno a seis años y una multa de cuarenta días de utilidad, sin perjuicio de la reparación del daño. Si por el contrario el acusado ignoraba su enfermedad y las consecuencias del contagio debido a su “ostensible rudeza”, o bien, si se comprobaba que no había habido intención, la sanción debía ser de una multa de cinco a veinte días, más la reparación del daño (arts. 127 y 128). La “contaminación aceptada por la víctima” no modificaba el delito ni la pena del infractor (art. 129). La curación de las enfermedades venéreas sería obligatoria (art. 531).

¹³¹ ALMARAZ, *Exposición de motivos*, pp. 11-12.

¹³² ALMARAZ, *Exposición de motivos*, p. 9.

¹³³ BAILÓN, “Trabajadoras domésticas y sexuales”, p. 244. Acerca del control de las nodrizas en el siglo XIX véase CARRILLO, “La alimentación ‘racional’ de los infantes”.

A pesar de la objeción del Servicio Jurídico del DSP para sancionar a los médicos que incumplieran su obligación de advertir a sus pacientes sobre los peligros de las enfermedades venéreas, el Código Penal retomó las propuestas de Almaraz en este sentido. El artículo 531 estableció multas de cinco a veinte días de utilidad a los médicos infractores, duplicación de la multa en caso de reincidencia, y la suspensión del ejercicio profesional por un año, además de una nueva duplicación de la multa a quienes incurrieran por tercera vez.

En cuanto al contagio nutricional, el Código estableció la prohibición de que mujeres enfermas, nodrizas o madres, amantaran a niños sanos y que los infantes enfermos fueran alimentados por mujeres sanas (arts. 532-534). Sólo en el caso de que la nodriza o la madre padecieran la misma enfermedad que el pequeño lo podían amantar, pero ambos tenían que someterse al tratamiento adecuado. Las enfermedades, confirmadas o sospechadas, que eran objeto de esta prohibición eran: sífilis, tuberculosis, blenorragia, oftalmía purulenta, tracoma, chancro blando, granuloma venéreo, lepra y tiña (art. 532). El contagio nutricional se sancionaría como delito intencional o imprudencia punible, según el caso (art. 535).

En estos artículos quedó de manifiesto la ya expresada necesidad de defender a la sociedad del peligro venéreo. La determinación de la pena tenía como base, según lo había planteado desde su proyecto Almaraz, “la *temibilidad* del agente”. En la exposición de motivos del Código Penal, Almaraz presentó algunas ideas sobre la peligrosidad y la temibilidad que plantearon Ferri y Garofalo, y que fueron retomadas para la redacción del Código. Rafael Garófalo, criminólogo italiano, había planteado que la temibilidad era “la medida de probabilidad de que un sujeto cometiera eventos antisociales”.¹³⁴ Por otra parte, se consideraba que “es peligroso criminalmente el que ha cometido un delito o intentado cometerlo, y el grado de peligrosidad criminal se determina de acuerdo con la gravedad del hecho y la posibilidad de que el delincuente reincida.”¹³⁵ Con base en esto, se deduce que una persona enferma que consciente de su mal lo transmitía, era una persona temible, peligrosa, no sólo por su acto delictuoso, sino porque aún sabiendo de su mal no se había detenido para evitárselo a alguien más y no había garantías de que no lo volviera a hacer. Por ello, en estos casos de peligro se hacía precisa la segregación. Además, el Código

¹³⁴ AZZOLINI, “Los antecedentes históricos de los criterios de determinación de la pena”.

¹³⁵ ALMARAZ, *Exposición de motivos*, p. 52. Almaraz retoma esta cita de G. Daniel.

establecía la curación obligatoria de las enfermedades venéreas. Esta era una forma de tratar de “neutralizar” el peligro que representaban los enfermos para la sociedad.

Según Garófalo, había dos elementos de la temibilidad: “la gravedad del acto delictuoso (elemento objetivo) y la intensidad, perseverancia, tenacidad y modo de resolverse el impulso criminal (elemento subjetivo).”¹³⁶ No obstante, la escuela positiva reconocía que una persona podía “causar daño sin intención alguna” y por lo mismo ser peligrosa. Por ello “los principios fundamentales de la defensa social exigen que ningún daño quede sin reparar y que la temibilidad de los atolondrados, de los descuidados y de los inexpertos, disminuya por la aplicación de medidas adecuadas”.¹³⁷ “Así, para evitar que el imprudente, el poco cuidadoso de la salud y de la integridad ajenas, difundiese la enfermedad transmisible que le afecta, debía imponerse la obligación de denunciar ciertas enfermedades, las afecciones de algunas personas, etc.”¹³⁸

El énfasis de los planteamientos sobre la temibilidad también se puede observar en el artículo 529 del Código Penal que habla sobre la “contaminación aceptada por la víctima”, la cual no modificaba el delito ni la pena, pues el culpable seguía siendo peligroso. En este caso no queda claro si el delito de contagio sería perseguido de oficio o por querrela. Sólo cuando la persona contagiada era cónyuge, el Código estableció que se procedería únicamente a instancias del afectado o de un pariente consanguíneo en primer grado (art. 530).

Aunque el Servicio Jurídico del DSP planteó que el Código Penal debía incluir artículos relativos a los elementos constitutivos del delito de contagio y sus medios probatorios, dicha ley no los incluyó. De acuerdo con el Servicio Jurídico, el delito de contagio sexual y nutricio se configuraba sólo si la persona ofendida y la acusada padecían “un mal de la misma especie”, si el padecimiento del presunto culpable había producido el del quejoso y si el contagio había sido producto del contacto entre ambos. Para comprobar el delito, el Servicio Jurídico propuso como medios de prueba la confesión del inculpado, la opinión pericial y la declaración de testigos.¹³⁹

¹³⁶ ALMARAZ, *Exposición de motivos*, p. 50.

¹³⁷ ALMARAZ, *Exposición de motivos*, p. 38.

¹³⁸ ALMARAZ, *Exposición de motivos*, p. 38.

¹³⁹ AHSSA, SP, SJ, c. 5, exp. 12. Servicio Jurídico Consultivo, “Dictamen relativo al proyecto remitido por la Sra. de Gobernación, acerca de la creación de un nuevo delito: el de contagio (sexual y nutricio)”, abril de 1927.

El Código Penal tampoco incluyó una clasificación de las enfermedades venéreas, como lo había propuesto el Servicio Jurídico. La pena, por tanto, no era determinada con base en la gravedad del mal transmitido, su tiempo de curación o sus implicaciones físicas y morales. La sanción se impondría según la temibilidad del sujeto. Éste era más peligroso si sabiendo de su enfermedad la transmitía y menos peligroso si delinquía por ignorancia, “ostensible rudeza” o sin intención. Las penas que según el Código ameritaban los delincuentes de acuerdo su temibilidad, enfatizaban esa distinción, pues para los más temibles el máximo de la multa era del doble y el peligro que representaban para la sociedad ameritaba la segregación, que podía llegar hasta seis años, un tiempo que superaba incluso el periodo de curación de tres años reconocido para la sífilis.

A pesar de los esfuerzos por poner al día la legislación penal mexicana, el Código de 1929 fue duramente criticado y tuvo una corta vigencia.¹⁴⁰ De hecho, la *Exposición de motivos* de este Código fue publicada por Almaraz en junio de 1931 porque a decir de su autor, dicha ley se había tomado como “blanco de críticas injustificadas del misoneísmo y de los intereses creados”.¹⁴¹ Sin embargo, los críticos tenían otra opinión. El penalista Raúl Carrancá y Trujillo¹⁴² afirmó que el Código Penal de 1929 “padece graves deficiencias de redacción y estructura, de constantes reenvíos, de duplicidad de conceptos y hasta de contradicciones flagrantes, todo lo cual dificultó su aplicación práctica”.¹⁴³

Después de todo, el mismo Almaraz reconoció que se trataba de “un Código de transición y como tal plagado de defectos y sujeto a enmiendas importantes”. Su mayor mérito, a decir de Almaraz, era que “rompe con los antiguos moldes de la escuela clásica, impotente para hacer decrecer la criminalidad y es el primer cuerpo de leyes en el mundo que inicia la lucha consciente contra el delito a base de defensa social e individualización de sanciones”.¹⁴⁴

¹⁴⁰ BUFFINGTON, *Criminales y ciudadanos*, pp. 180-186.

¹⁴¹ ALMARAZ, *Exposición de motivos*, p. 9.

¹⁴² Nació en 1897 en Campeche, estudio leyes en la Universidad de Madrid, donde en 1925 se doctoró. Fue catedrático de derecho penal en la Facultad de Derecho de la UNAM, Juez penal, Magistrado de Sala Penal del Tribunal Superior de Justicia del DF y Presidente del mismo Tribunal. También fue miembro y vicepresidente de la Academia Mexicana de Ciencias Penales. Fue autor de diversas obras no sólo jurídicas y penales, sino también literarias. *Diccionario Porrúa*.

¹⁴³ CARRANCÁ y TRUJILLO, *Derecho penal mexicano*, p. 128. La primera edición es de 1938.

¹⁴⁴ ALMARAZ, *Exposición de motivos*, p. 25.

Ante los problemas presentados con dicho Código, se integró una nueva comisión redactora que tuvo a la cabeza al abogado Alfonso Teja Zabre.¹⁴⁵ El nuevo Código Penal fue promulgado el 14 de agosto de 1931 por el entonces presidente constitucional Pascual Ortiz Rubio. Este Código conservó en su Título VII lo relativo a los delitos contra la salud, pero a diferencia de su antecesor, sólo tipificó acerca de la producción, posesión, distribución y consumo de drogas enervantes, dejando fuera al delito de contagio sexual y nutricio. En cambio, el contagio quedó comprendido en lo referente a lesiones. En el Título decimonoveno sobre los delitos contra la vida y la integridad corporal (art. 288) establecía que

Bajo el nombre de lesión, se comprende no solamente las heridas, escoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano, si esos efectos son producidos por una causa externa.

El juez determinaría las sanciones según la gravedad de la lesión. Si ésta no ponía en peligro la vida de la víctima y sanaba en menos de quince días, se impondrían cuatro meses de prisión, o multa de cinco a cincuenta pesos, o ambas a juicio del juez. Si la recuperación de la lesión tardaba más de quince días, entonces la sanción era de cuatro meses a dos años de prisión y multa de cincuenta a cien pesos (art. 289). En el caso de que pusiera en peligro la vida, la prisión iría de tres a seis años (art. 293). También se sancionaría con cárcel si la lesión provocaba una enfermedad segura o probablemente incurable (cinco a ocho años) y si producía incapacidad de las funciones sexuales (de seis a diez años, art. 292).

Estos artículos hablaban en general de las lesiones, pero al incluir como tal a “toda alteración en la salud”, dejaba abierta la posibilidad de denuncias por contagio venéreo. Este último sólo se mencionó explícitamente en el artículo 315 del Código, incluido en el Capítulo III sobre las Reglas comunes para lesiones y homicidios. Dicho artículo establecía que tales delitos eran calificados cuando se cometían con premeditación, ventaja, alevosía o

¹⁴⁵ Nació en 1888 en San Luis de la Paz, Guanajuato. Estudió derecho en la universidad de México y llegó a ser magistrado del Tribunal Supremo de Justicia. También fue profesor de historia, autor de varias biografías, como la de Cuauhtémoc y Morelos, y perteneció a la Academia Mexicana de la Historia. Fue diplomático, consejero en La Habana, y embajador en República Dominicana y Honduras. *Diccionario Porrúa*.

a traición. La premeditación implicaba la intención de causar daño, “después de haber reflexionado sobre el delito que se va a cometer”, y se presumía que había premeditación

cuando las lesiones o el homicidio se cometan por inundación, incendio, minas, bombas o explosivos; por medio de venenos o cualquiera otra sustancia nociva a la salud, *contagio venéreo*, asfixia o enervantes o por retribución dada o prometida; por tormento, motivos depravados o brutal ferocidad (art. 315).

En este artículo se suponía que el contagio venéreo implicaba que el acusado tenía conocimiento de la enfermedad y que por tanto, la había causado a otra persona intencionalmente. Este punto había sido debatido con anterioridad, y tanto médicos como juristas habían reconocido la posibilidad de que el contagio se produjera sin que la persona enferma lo supiera, y por tanto, sin premeditación alguna. A pesar de lo establecido en dicho artículo, como se verá más adelante, en los juicios penales por contagio venéreo no se dio por supuesta la premeditación, sino que se tuvo en cuenta el conocimiento de la enfermedad por parte del acusado y se llevaron a cabo peritajes para comprobar el padecimiento del culposo y su víctima.

El Código Penal de 1931 estableció importantes diferencias respecto a su antecesor en cuanto al contagio venéreo, y aunque eliminó sanciones polémicas como la segregación y aquella impuesta a los médicos que no proporcionaran la información adecuada a sus pacientes, las críticas a la legislación continuaron. Alfredo Saavedra publicó en 1934 que “si se llevara a cabo, con toda formalidad la aplicación de la pena por delito de contagio, se vería cuán inútil resulta por ahora la aplicación de esa sanción, que permanecerá como letra muerta todavía por mucho tiempo en nuestros códigos.”¹⁴⁶

A pesar de los cuestionamientos y los posibles defectos de la ley, esta se aplicó. Debido a la corta vigencia del Código de 1929 y a los problemas ya señalados del mismo, es posible que el delito de contagio sexual y nutricio que tipificaba hubiese quedado prácticamente –como decía Saavedra– en “letra muerta”. No obstante, el Código Penal de 1931 dio lugar a denuncias, algunas de las cuales trascendieron y llegaron hasta la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Seguramente hubo casos que no se denunciaron, algunos que llegaron a algún acuerdo, otros que se quedaron con su primera sentencia o que

¹⁴⁶ SAAVEDRA, *Eugenesis y medicina social*, p. 126.

tuvieron alguna apelación o segunda instancia, y otros que siguieron hasta sus últimas consecuencias con el amparo directo.

La pesquisa de juicios por denuncia de contagio venéreo en primera instancia implica una labor de archivo que escapa a los objetivos de la presente investigación. Sin embargo, se pudieron identificar cuatro amparos a cargo de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, que no sólo muestran que sí hubo denuncias por contagio venéreo, sino que proporcionan valiosa información acerca de quienes recurrían a estas leyes y cómo estas eran aplicadas.

Denuncias por contagio venéreo: juicios de amparo directo

Después de aprobado el Código Penal de 1931 hubo denuncias por lesiones provocadas por el contagio venéreo, no sólo en el Distrito y los territorios Federales, sino en provincia. Los códigos federales en las distintas materias habían sido referentes de las legislaciones locales desde el siglo XIX, y este Código Penal no fue la excepción. Es difícil saber qué tantas denuncias hubo por contagio en el país después de 1931, pero lo cierto es que la Suprema Corte de Justicia de la Nación conoció algunas de ellas debido a los amparos promovidos por las personas denunciadas. En estos casos, los jueces y los tribunales de justicia dictaron una sentencia condenatoria en primera instancia que después de una apelación, fue confirmada. Una vez agotadas estas instancias y dado que estas personas sentenciadas por el delito de contagio consideraron que sus derechos fundamentales no habían sido respetados, interpusieron un amparo.

“El amparo es una institución procesal que tiene por objeto proteger al gobernado contra cualquier acto de autoridad, que en detrimento de sus derechos, viole la Constitución”.¹⁴⁷ Los quejosos alegaron que habían sido declarados culpables por fallas en el proceso, parcialidad y presunciones no justificadas. Presentaron su amparo contra una

¹⁴⁷ BURGOA, *El juicio de amparo*, p. 173.

sentencia definitiva, tras agotar otras instancias. Entonces, la Suprema Corte de Justicia de la Nación conocía de estos amparos directos.¹⁴⁸

En esta investigación se tendrán en cuenta los cuatro amparos directos relacionados con el delito de lesiones por contagio venéreo que se pudieron localizar en el Archivo de la Suprema Corte de Justicia. Con estos cuatro casos no se pretende generalizar, pero sí analizar los argumentos esgrimidos por las personas implicadas para defender su causa y el valor que las autoridades les otorgaron. Se expondrá breve y cronológicamente estos casos y se analizarán algunos de sus aspectos más relevantes. Los nombres de las personas implicadas fueron cambiados, no así los delitos, los argumentos esgrimidos durante el proceso judicial ni las sentencias.¹⁴⁹

1) Estupro y lesiones. Distrito Federal, 1933¹⁵⁰

Lili Brisco y Leonardo Lobo tenían una relación amorosa. Para ella, un noviazgo, para él, algo más informal. Sin importar el tipo de vínculo entre ambos, tuvieron relaciones sexuales y al poco tiempo Lili Brisco presentó síntomas de gonorrea. Enferma y decepcionada, Lili denunció a Leonardo por estupro y lesiones. Él reconoció haber tenido “contacto carnal” con ella, aunque decía que no eran novios. Ella, por su parte, afirmó haber sido engañada. De acuerdo con la declaración de dos testigos, en efecto Brisco y Lobo eran una pareja, aunque él insistía en negarlo ante el Tribunal Superior de Justicia. Un testigo dijo que el señor Lobo había llevado a Lili como su “esposa” para que viera un cuarto de alquiler, y el otro testigo sostuvo que el acusado tenía citas frecuentes con una mujer, presumiblemente Lili Brisco.

A lo dicho por los involucrados y los testigos se sumaban los dictámenes médicos que indicaban que Lili tenía 16 años, había sido recientemente “desflorada” y tenía

¹⁴⁸ Artículo 107 fracción VIII de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Este artículo ha tenido varias reformas y actualmente en su fracción V se establece que el Tribunal Colegiado de Circuito competente conocerá de los amparos. Por su parte, “la Suprema Corte de Justicia, de oficio o a petición fundada del correspondiente Tribunal Colegiado de Circuito, o del Procurador General de la República, podrá conocer de los amparos directos que por su interés y trascendencia así lo ameriten.”

¹⁴⁹ En términos de lo establecido en el artículo 119 del Acuerdo General de la Comisión para la Transparencia, Acceso a la Información Pública Gubernamental y Protección de Datos Personales de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, 9 de julio de 2008, relativo a los órganos y procedimientos para tutelar en el ámbito de este Tribunal los derechos de acceso a la información, a la privacidad y a la protección de datos personales garantizados en el artículo 6o. Constitucional.

¹⁵⁰ ASCJN, amparo 2430/1933.

gonococos en su cuerpo. Por otra parte, los médicos legistas encontraron que Leonardo Lobo padecía una gonorrea crónica. Considerando lo anterior, el juez dictó una sentencia de un año cinco meses de prisión y una multa de 50 pesos a Leonardo por los delitos de estupro y lesiones. Lobo, inconforme con la resolución del juicio presentó un recurso de apelación que tampoco lo dejó satisfecho, pues sólo ratificó dicha sentencia.

Ante esta situación y alegando agravios, Leonardo Lobo junto con su abogado presentaron un amparo ante la Suprema Corte de Justicia. De acuerdo con ellos, durante el proceso las autoridades judiciales obraron con parcialidad, no recibieron declaraciones de varios testigos e hicieron presunciones de delito sin pruebas. Una anécdota resultaba significativa: un día –afirmaba Lobo– Lili Brisco lo confundió con Leonardo Chávez, lo tuteó y le reclamó un sombrero que supuestamente le había prometido. Esto “fue motivo de chanzas y guasas” entre quienes se dieron cuenta, pero ella no se percató de la confusión, “cosa que indica que aquellas relaciones que dijo que teníamos como novios resultan inexactas y calumniosas.” Varias personas podían dar cuenta de este acontecimiento, pero según Lobo, las autoridades judiciales no tomaron en cuenta a estos testigos.

Por otra parte, aunque Leonardo Lobo reconocía haber tenido “cópula carnal” con Lili, alegaba que el juez no había considerado que

los certificados médicos que se remitieron al juzgado mucho tiempo después en que la quejosa estuvo en libertad de acción y quién sabe con cuántas otras personas que pudieron haberla contagiado, pues como consta de mi declaración en el momento que estuve con ella me encontraba sano habiendo aparecido el mal muchos días después de los hechos (2 años).¹⁵¹

Este caso –como los demás amparos directos– fue revisado por un agente del Ministerio Público y posteriormente, un magistrado de la Suprema Corte de Justicia elaboró un proyecto con base en el cual, finalmente se dictó la sentencia. El agente del Ministerio Público pidió que se negara el amparo puesto que el proceso se había llevado a cabo correctamente y se le habían comprobado los delitos que se le imputaban. Sin embargo, con base en el proyecto del magistrado a cargo, la Suprema Corte de Justicia determinó que se amparara a Lobo en lo relativo al estupro, pero le negó el amparo en lo concerniente al delito de lesiones.

¹⁵¹ (2 años) la indicación entre paréntesis aparece a mano.

En esta resolución fue determinante la circunstancia de que cuando sucedieron los hechos todavía estaba vigente el Código Penal de 1929. Éste definía al estupro como la “cópula con una mujer que viva honestamente, si se ha empleado la seducción o el engaño para alcanzar su consentimiento” (art. 856). En cambio, el Código de 1931 añadía que en el estupro la cópula se efectuaba con una mujer mejor de 18 años (art. 262). Debido a que cuando se dictó la primera sentencia ya estaba vigente el Código de 1931 y a que Lili Brisco tenía 16 años, en los juicios de primera y segunda instancia se determinó que había habido estupro. Sin embargo, al considerar que todo aconteció cuando todavía tenía vigencia el Código de 1929 y que “a ninguna ley se le dará efecto retroactivo en perjuicio de persona alguna” (art. 14 constitucional), los magistrados de la Suprema Corte dictaron su sentencia con base en el Código de 1929. Así, la edad de Lili ya no era un factor y la Corte entendió que no había habido engaño. Por ello, se otorgó el amparo en lo relativo al estupro.

El delito de contagio, por su parte, estaba tipificado tanto en el Código de 1929 como en el de 1931. Además, el contagio quedó acreditado por los dictámenes médicos, al igual que la responsabilidad de Lobo, quien confesó haber tenido relaciones sexuales con Lili. El Código 1929 esta vez no “ayudó” a Leonardo Lobo.

2) Rapto, estupro y contagio. Veracruz, 1934¹⁵²

Francisco Rosas e Isabel Moncada tenían una relación amorosa que la madre de ella no aprobaba. Él era un chofer de 27 años y ella una joven que aún no cumplía los 15 años. Después de que Isabel se fuera de su casa y estuviera algún tiempo en la casa de la familia de Francisco, la señora Moncada, madre de Isabel, denunció a Rosas por rapto, estupro y contagio venéreo. Según Francisco Rosas, Isabel no fue seducida ni engañada, sino que estaban enamorados y pensaban casarse. En sus cartas –decía Rosas– ella manifestaba su deseo de irse con él y cuando salió de su casa llevó consigo “hasta los menesteres de menor importancia”. Por ello, deducía Francisco Rosas que

no puede pues, conceptuarse que una muchacha que procede de esa forma haya sido seducida o engañada, ni menos aun en la actual época en que no necesita probarse,

¹⁵² ASCJN, amparo 4556/1934.

por ser de pública notoriedad que las mujeres tienen tal precocidad que asombra a los hombres.

A juicio de Francisco, la señora Moncada “sugestionó” a su hija y por ello logró sacarla de la casa de la familia de Rosas, donde a decir de él, Isabel había sido “objeto de toda clase de atenciones”. La separación sin embargo, fue transitoria, pues Isabel regresó con Francisco al poco tiempo. Además de lidiar con los conflictos familiares, la pareja también debió enfrentar la gonorrea que ella comenzó a padecer.

Francisco Rosas reconoció que dos años atrás había padecido blenorragia y había recibido atención médica del doctor Cartapacio, de la Villa de Santa Rosa, quien después del tratamiento le dijo que había quedado curado. Rosas asumió entonces que su enfermedad había desaparecido, no sólo por lo que el doctor le había dicho, sino también porque no volvió a tener “manifestaciones”. Por esta razón, afirmaba que “ni remotamente supuse que podría contagiarla ni hubo intención de mi parte de causar daño, supuesto que la estimaba y la quiero como lo prueba el hecho de que voy a casarme con ella.”

A pesar del amor que Francisco Rosas decía sentir por Isabel, y de sus argumentos para desmentir las acusaciones, el juez del Distrito Judicial de Orizaba lo declaró culpable de todos los cargos. Rosas apeló la sentencia y llevó su caso ante el Tribunal Superior de Justicia del Estado de Veracruz, pero entonces también fue condenado. Hasta su defensor de oficio afirmó que “quizá se encuentren comprobados los (delitos) de raptó y estupro, pero no existe justificación plena respecto del delito de contagio sexual.” Esta defensa de Rosas no lo ayudó mucho cuando interpuso su amparo, pues el agente del Ministerio Público sugirió que no se tomaran en cuenta los delitos de raptó y estupro por que “el defensor de oficio está conforme con su sentencia”.

El magistrado de la Corte encargado del proyecto sí consideró lo relativo al raptó y estupro, y concluyó que como Isabel había nacido en 1919 y tenía menos de 15 años cuando se dieron los hechos, quedaban acreditados dichos delitos, a pesar del consentimiento de ella.

En cuanto al contagio, la Justicia de la Unión amparó a Rosas, puesto que no se llegó a demostrar que él sabía que estaba enfermo y el peritaje médico se limitaba a decir que tenía gonorrea, pero no que tuviera síntomas que no pudiera ignorar.

3) *Atentados contra el pudor y lesiones. Distrito Federal, 1936*¹⁵³

El Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal sentenció a Patricio Aragonés a tres años de prisión y le impuso una multa de 50 pesos o un mes más de prisión por los delitos de atentados contra el pudor y lesiones, en contra de la menor de 9 años Manuela Sánchez. Agotadas la primera y la segunda instancia, Aragonés interpuso un amparo. En su escrito alegaba que no había habido intención de cópula con Manuela, ni violencia, y que tampoco había tenido la intención de contagiarla.

Aragonés afirmaba que las autoridades judiciales habían fallado en su contra por una “simple presunción” que daba por violentas las acciones del “acto erótico sexual” cometido con Manuela. Además, Patricio Aragonés consideraba que las declaraciones de Manuela eran contradictorias porque primero decía que la había tirado en la cama y luego aseveraba que sólo la había sentado en sus piernas.

Patricio Aragonés alegaba y reiteraba que no había habido violencia, puesto que hubiera sido suficiente que Manuela opusiera resistencia para impedir “ya no digamos el acto carnal, sino cualesquiera otro de menor importancia.” Aunque por otra parte reconoció que había cometido el acto “fuera de sus sentidos”, puesto que hacía tiempo que “no ejecutaba el acto carnal” con su esposa.

A juicio de Aragonés, se habían presentado otras faltas en el proceso en su contra. La edad de la menor no se había comprobado por acta de nacimiento, sino por certificados médicos que sólo la establecían de forma “vaga e imprecisa”. Los dictámenes médicos no indicaban “fecha siquiera probable” del inicio del mal, por lo que “se concluye lógicamente que no se puede saber que yo sabía que estaba enfermo y que con ese conocimiento, pude reflexionar que podía lesionar o contagiar a la ofendida.” Además, no se habían descartado otras posibles formas de contagio de Manuela:

yo tengo conocimiento de que la que se dice madre de la citada menor, Sra. Leticia Nazareno, estaba y probablemente aún lo está, enferma de gonorrea, y como la menor duerme y dormía con ella, yo pregunto: ¿qué es más factible de creer: que el contagio lo haya adquirido en esa forma o en la única incidental y muy relativa del acto que conmigo verifiqué?

¹⁵³ ASCJN, amparo 897/1936.

A pesar de la obviedad que Aragonés pretendió mostrar en sus argumentos, tanto el Ministerio Público como la Suprema Corte de Justicia dictaminaron la improcedencia de este amparo. La edad de la niña quedaba comprobada por los dictámenes médicos y por las declaraciones tanto de Manuela como de sus padres. Debido precisamente a que era una menor, se consideró que

no se encuentra en una edad en que pueda dar su consentimiento para que en ella se efectuara el atentado de que fue víctima y bastaba el solo hecho de que el acusado se hubiera encerrado con ella y de que éste la levantara con sus brazos, como manifiesta haberlo hecho, para que se dé por demostrado que en el caso hubo violencia física de parte de Aragonés.

Por otra parte, los dictámenes médicos no sólo habían mostrado que ambos padecían enfermedades gonococcicas (uretritis y vaginitis, respectivamente), sino que él manifestaba síntomas que no podía ignorar. Aun así, Aragonés efectuó “actos eróticos” con la pequeña, por ello se consideró que el contagio se dio con premeditación. Finalmente, Patricio Aragonés nunca comprobó que Manuela hubiera adquirido la enfermedad por otro medio, como lo había afirmado.

4) Lesiones. Baja California, 1938¹⁵⁴

Transcurrían los primeros días del año 1934 cuando Belisa Carpio compareció ante el Ministerio Público de La Paz y manifestó que había “contraído dolencias específicas” de sus relaciones con Juan Cardona, un empleado público soltero. Él, afirmaba Belisa, le había propuesto matrimonio, pero lejos de cumplir, la dejó enferma y con un hijo que presentaba los estigmas de la sífilis. Se practicaron exámenes médicos que corroboraron la enfermedad en el pequeño y su madre, pero aunque el agente del Ministerio Público solicitó las mismas pruebas para establecer si había responsabilidad del inculpado, por alguna razón, el juez a cargo consideró que no procedían.

Tres años después, dicho juez se excusó de seguir conociendo de este caso y lo remitió al juez mixto en La Paz. Nuevamente fueron solicitadas las diligencias para extraer líquido cefalorraquídeo y enviarlo al DSP para ser examinado, a fin de determinar la

¹⁵⁴ ASCJN, amparo 6179/1938.

posible responsabilidad de Cardona. Este último se sintió agraviado y en 1938 presentó su amparo ante la Suprema Corte de Justicia:

¿Cómo es posible que después de transcurrido semejante lapso de tiempo y siendo yo un hombre relativamente joven y estando aún soltero, pueda la autoridad judicial pretender someter a que se practique en mi cuerpo una operación quirúrgica que aparte de ser peligrosa para mi salud y vida, ningún valor probatorio podría producir el dictamen pericial que de ella resultare? Es evidente que durante los cuatro años transcurridos, bien pude haber adquirido cualquier enfermedad venérea, sin que esto pudiera constituir una prueba de que el mal nuevamente adquirido, fuera un justificante de que procedía desde antes de que se iniciara la averiguación, y menos prueba podía ser ello, dado el caso de que nunca pude contagiar a la quejosa, porque nunca tuve contacto carnal con ella.

En su revisión del caso, el agente del Ministerio Público Federal insistió en la necesidad de llevar a cabo los procedimientos indicados a Cardona para “esclarecer indubitablemente” si tenía o no responsabilidad. Además, afirmaba dicho agente, la averiguación no podía quedar supeditada a la comodidad o bienestar de un individuo.

No obstante tales apreciaciones, la Suprema Corte decidió que la Justicia de la Unión amparara a Juan Cardona debido a que la sola aseveración de Belisa Carpio no podía justificar el procedimiento, y después de cuatro años “la punción que pretende hacersele resultaría no sólo peligrosa sino propiamente inútil, pues hasta en el caso de que se demostrara que padece la dolencia luética señalada por la denunciante, no podría establecer la relación de causa a efecto que busca la autoridad”.

La defensa de la causa

En los cuatro casos aquí considerados se pueden apreciar distintos aspectos institucionales, legales, médicos, sociales y morales que influyeron en el desarrollo de los juicios penales en los que estaba involucrado el contagio venéreo. Desde la denuncia misma y a través de los argumentos esgrimidos a largo del proceso se expresaron ideas y valores a los que los involucrados apelaron para defender su causa.

Los cuatro casos aquí considerados tienen en común que todas las personas denunciadas por contagio eran varones. Además, tres de estos juicios involucraron no sólo el contagio sino otros delitos sexuales como el estupro, el rapto y atentados al pudor,

perpetrados en contra menores de edad. En el otro caso (4), si bien no hubo violencia o estupro, Belisa Carpio alegó que sí hubo engaño y una propuesta matrimonial no cumplida.

En las denuncias hechas por las víctimas o sus madres destacan el engaño y la violencia que llevaron a actos sexuales, y que a su vez acarrearón el contagio venéreo. Estas acusaciones tenían implicaciones importantes para la quejosa puesto que el sólo hecho de presentarlas ante las autoridades era reconocer que la víctima había sido objeto de una ofensa sexual y que padecía una enfermedad venérea. El hecho de que el acto sexual se hubiera dado por medios violentos o por medio del engaño de alguna manera buscaba exculpar a la mujer, quien en estos casos alegaba ser la víctima. Sin embargo, la denuncia no garantizaba una sentencia condenatoria a quien señalaban como su agresor, pero sí las obligaba a someterse a reconocimientos médicos de sus genitales y de su cuerpo en general. De acuerdo con los estudios históricos de Pablo Piccato, “esta búsqueda de evidencia física creaba un círculo vicioso. El mero hecho de que una víctima hubiera soportado estos procedimientos, con la subsecuente humillación, reducía su credibilidad como parte acusadora. Por ende, las víctimas evitaban los exámenes”.¹⁵⁵

Aun con los inconvenientes y el descrédito que una denuncia por delitos sexuales conllevaba, las quejosas seguramente consideraron que los agravios ya sufridos por el rapto, el estupro, el engaño, el contagio (y quizá el escándalo) eran mayores, y por lo mismo acudieron a las autoridades judiciales. Podía ser vergonzoso presentarse ante un tribunal,¹⁵⁶ pero igualmente podía serlo pasar por alto la ofensa que no sólo sufría la víctima, sino también su familia.

La familia de las mujeres afectadas estaba involucrada no sólo afectiva y emocionalmente, sino que también llegó a participar directamente en los juicios. En dos de estos casos la madre de la menor de edad afectada fue quien interpuso la demanda: la señora Moncada (caso 2), quien desde antes del conflicto legal se opuso a la relación de su hija con Francisco Rosas, y la señora Leticia Nazareno (caso 3), quien abogó por su pequeña de nueve años.

De acuerdo con Piccato, en los casos de violación “el padre jugaba un papel menor porque su reputación era la más herida ya que la pérdida de la virginidad de la hija ponía al

¹⁵⁵ PICCATO, *Ciudad de sospechosos*, p. 198.

¹⁵⁶ PICCATO, *Ciudad de sospechosos*, p. 200.

descubierto su falta de control sobre el hogar, y el tratamiento público del tema sólo ponía énfasis en su incapacidad de mantener los problemas familiares en privado.”¹⁵⁷ Es factible que en los juicios promovidos por las señoras Moncada y Nazareno se haya presentado una situación similar, de manera que los agravios trascendieran a la reputación de los padres.

Si bien las quejas alegaron que hubo violencia y engaño en los actos sexuales que las expusieron al contagio venéreo, los varones acusados expresaron un punto de vista distinto. Sólo Francisco Rosas manifestó que sentía amor por la agraviada y que estaba dispuesto a casarse con ella. Los otros tres hombres denunciados no sólo desconocieron a la quejosa, sino que incluso sugirieron que en la parte acusadora había mujeres de dudosa reputación. Leonardo Lobo, por ejemplo, aunque había reconocido el contacto sexual con Lili Brisco negaba cualquier relación de noviazgo y consideraba que vincularlos de esa manera era “calumnioso”. Además, Lobo alegaba que ella lo había confundido con otro hombre y que los certificados médicos se habían remitido después de que ella “estuvo en libertad de acción y quién sabe con cuántas otras personas que pudieron haberla contagiado”.¹⁵⁸ Patricio Aragonés, por su parte, afirmó que la niña Manuela “pudo adquirir la enfermedad por otro medio”, es decir, por la madre de la menor, de quien sabía que padecía la enfermedad y con quien Manuela dormía.¹⁵⁹ Juan Cardona también se deslindó de cualquier vínculo con Belisa Carpio, a quien según afirmaba, “nunca pude contagiar porque nunca tuve contacto carnal con ella”,¹⁶⁰ por lo que se deducía que la fuente de contagio debía ser otra.

Las afirmaciones o insinuaciones acerca de otras posibles fuentes de contagio buscaban desde luego deslindar al inculpado de cualquier responsabilidad, pero al mismo tiempo pretendían desacreditar a la quejosa, quitar fuerza a sus argumentos y al menos sembrar la duda acerca de su reputación y de su credibilidad.

Aunque los acusados negaron haber actuado violentamente, con engaño, premeditación o con dolo, hubo situaciones que al no poder desmentir, buscaban justificar. Los hechos: Isabel Moncada, de aproximadamente 15 años de edad, salió de la casa de sus padres y permaneció algún tiempo en el hogar de la familia de Francisco Rosas. Patricio

¹⁵⁷ PICCATO, *Ciudad de sospechosos*, p. 201-202.

¹⁵⁸ ASCJN, amparo 2430/1933.

¹⁵⁹ ASCJN, amparo 897/1936.

¹⁶⁰ ASCJN, amparo 6179/1938.

Aragonés tuvo un “acto erótico sexual” con la niña de 9 años Manuela Sánchez. ¿Cómo justificarlo? Francisco Rosas invocó al amor que sentía por Isabel Moncada, señaló la voluntad de ella para irse con él y negó que hubiera engaño o seducción “menos aun en la actual época en que no necesita probarse, por ser de pública notoriedad que las mujeres tienen tal precocidad que asombra a los hombres.”¹⁶¹ Así, Rosas planteaba que la edad Isabel no era tan relevante considerando la precocidad de las mujeres en general.

Por su parte, Patricio Aragonés afirmó en su defensa que

el acto que cometí realmente fuera de mis sentidos, y violento por una fuerza física o biológica irresistible, pues como lo declaré en el proceso y lo ratifico, hacía tiempo que por disgustos con mi esposa, no ejecutaba el acto carnal, y la necesidad biológica del mismo me instigó a verificar el similar que saciara esa necesidad, pero tan no hubo dolo alguno, que no traté de estuprar a la joven Manuela Sánchez, y sólo quise hacerme la impresión de que estaba con mi mujer.

Además, Aragonés consideraba “de la más elemental lógica” que

NO PUEDE CREERSE, científicamente hablando, en que exista la VIOLENCIA FÍSICA de un sólo hombre hacia una mujer para ejecutar en ella actos sexuales. En efecto, bastaba que la menor hubiese gritado, para que impidiera el acto, o bien, ejecutando movimientos de defensa, que impedirían a cualquier hombre ya no digamos el acto carnal, sino cualesquiera otro de menor importancia. No invoco la violencia moral, porque ni la Sala ni la Corte tratan esta.¹⁶²

Los argumentos de Rosas y Aragonés para justificar sus acciones se basaban en ideas acerca de la sexualidad masculina y femenina que presentaron como hechos “lógicos”, públicos y notorios, e incluso “científicos”. La pretendida realidad y obviedad de tales afirmaciones buscaba hacer más persuasivos sus argumentos, pero difícilmente podrían considerarse como meros recursos discursivos. Estas ideas tuvieron cierta aceptación social. Por ejemplo, la irresistible necesidad de los varones de tener coito fue discutida e incluso aceptada por algunos médicos, criminólogos y moralistas, quienes con base en esa ineludible función fisiológica justificaban la existencia de la prostitución.¹⁶³ La

¹⁶¹ ASCJN, amparo 4556/1934.

¹⁶² ASCJN, amparo 897/1936. El texto en mayúsculas aparece así en el expediente.

¹⁶³ ESTRADA, “La inevitable lujuria masculina”, pp. 117-144. Estrada expone en este texto las discusiones entre varios médicos y criminólogos acerca del tema y las polémicas que al respecto se plantearon en México durante los últimos años del siglo XIX y los primeros del XX.

disposición “externa” de los genitales masculinos los dejaba más propensos a los estímulos y hacía que el coito se volviera “más imperioso” en ellos.¹⁶⁴

Desde dicha lógica, Patricio Aragonés enfatizó esa “fuerza física o biológica irresistible” que, al no tener el acto carnal con su esposa, lo dejó “fuera de sus sentidos” y lo llevó a cometer el ilícito. Aragonés lidiaba con una necesidad biológica que debía saciar de alguna forma. Esos impulsos habían sido más poderosos que su voluntad, no por falta de moralidad o por el deseo de infringir la ley, sino simplemente porque tenía que satisfacer una función biológica ineludible.

Otra idea que parece haber tenido cierta aceptación social (al menos entre varones) era que las relaciones sexuales no se efectuaban sin que la mujer lo hubiera permitido. “Para los ofensores, la policía, los fiscales y los integrantes del jurado (hombres todos ellos), la mayor parte de los crímenes sexuales no involucraban violencia porque, pensaban, las relaciones sexuales siempre se llevaban a cabo con el consentimiento de la víctima”.¹⁶⁵ Por ello, no es de extrañar que Aragonés afirmara que “era de no creerse” que hubiera violencia en el acto sexual. Si la mujer, en este caso una niña de nueve años, no hubiese querido, lo habría impedido; pero la ejecución misma del acto, implicaba a los ojos de Aragonés, su aceptación.

Las ideas en cuanto a la sexualidad femenina expresadas en estos casos judiciales son menos directas. Patricio Aragonés asumía implícitamente en sus declaraciones que la mujer debía estar ahí para saciar los irrefrenables instintos sexuales del varón. Francisco Rosas apeló a la precocidad de las mujeres, que según afirmaba, era tal que causaba asombro entre los hombres. Leonardo Lobo por su parte, insinuó que Lili Brisco se había involucrado “quién sabe con cuántas otras personas”.

De acuerdo con estas declaraciones, las mujeres aceptaban o incluso buscaban relaciones sexuales extramaritales, ya fuera por la necesidad biológica del varón o bien, por su precocidad o tal vez hasta por gusto. No obstante, desde la perspectiva de las mujeres la situación era distinta, pues aunque reconocían haber tenido relaciones sexuales fuera del

¹⁶⁴ ESTRADA, “La inevitable lujuria masculina”, pp. 117-144. DEBAY, *Hygiène et physiology du mariage*, pp. 101-105.

¹⁶⁵ Piccato analiza varios casos de violación en los que la violencia fue subestimada. Incluso menciona un juicio en el que a pesar de los sangrados y las heridas en la vagina de una niña abusada, se consideró que la víctima “no exhibía huellas de violencia” y la sentencia se centró más en la edad de la menor que en la violencia. PICCATO, *Ciudad de sospechosos*, pp. 194-195.

matrimonio, enfatizaban la violencia, el vínculo afectivo y de noviazgo con el varón, el engaño e incluso las promesas incumplidas de matrimonio. De tal manera, ellas también buscaban justificar sus acciones y, aunque no lo manifestaban explícitamente, trataban de probar que su enfermedad venérea bien podía considerarse entre los “contagios innmerecidos”.

Dichos argumentos pretendían influir en las sentencias, pero éstos no eran lo único que las autoridades judiciales debían considerar para hacer cumplir la ley. Si bien las declaraciones tenían cierto valor probatorio, el peritaje médico era fundamental en los casos que involucraban el contagio venéreo. Con ellos se podía determinar la edad de la víctima, si la quejosa y el acusado padecían la misma enfermedad y si había síntomas. Incluso, según los resultados del examen médico, se determinó si había premeditación o no. Según el Código Penal de 1931 había premeditación si se causaba intencionalmente la lesión, “después de haber reflexionado sobre el delito que va a cometer” (art. 315). En estos juicios de amparo se consideró que se cometía un delito con premeditación si el peritaje médico indicaba que la persona inculpada tenía “manifestaciones” de la enfermedad que no podían ser ignoradas.

Por lo anterior, la Suprema Corte de Justicia dio a los dictámenes médico legales un papel determinante en la sentencia. Leonardo Lobo y Lili Brisco reconocieron haber tenido relaciones sexuales, él tenía gonorrea crónica y a ella le encontraron gonococos, por tanto, había delito de contagio. Aunque Francisco Rosas e Isabel Moncada también tenían gonorrea, el peritaje médico no indicaba que hubiera síntomas evidentes en él, por ello, la Corte consideró que no quedaba demostrado el ilícito. El caso contrario fue el de Patricio Aragonés, a quien los médicos le encontraron una uretritis gonococcica “que no debía ignorar” y como su víctima padecía también una enfermedad causada por gonococos, fue declarado culpable.

A pesar de la importancia de los peritajes médicos, en la denuncia por lesiones presentada por Belisa Carpio sólo se efectuaron los exámenes a ella y a su bebé, no así al acusado, Juan Cardona. Se desconocen las circunstancias particulares por las que el juez de primera instancia consideró que no eran necesarias las pruebas médicas en él, pero estas

fueron exigidas por el Ministerio Público, tanto local como federal. Cuando este caso llegó a la Suprema Corte ya habían pasado cuatro años, y por lo mismo se consideraron inútiles.

Estos cuatro casos muestran que los cambios en la legislación penal hicieron posibles las denuncias por contagio venéreo no sólo en el papel. Y aunque resulta difícil valorar la eficacia de estas leyes para “neutralizar” y castigar a los peligrosos y para evitar nuevos contagios, estos Códigos Penales dieron elementos legales a quienes se sintieron agraviados por el contagio venéreo. De tal manera, la legislación promovida por las autoridades judiciales no se quedó en ideas y debates, sino que afectó directamente al menos a una parte de la población que padecía enfermedades venéreas.

La legislación daba, al menos en teoría, mayores atribuciones a las autoridades para procurar la prevención y para castigar los “contagios criminales”. Con la declaración obligatoria, el tratamiento forzoso y la penalización del contagio se buscaba controlar a la mayor parte posible de la población enferma. Ya no sólo las prostitutas fueron objeto de la regulación sanitaria, si bien la reglamentación prostibularia continuó siendo un tema fundamental en la lucha antivenérea.

CAPÍTULO 4

La reglamentación de la prostitución en la lucha antivenérea

Desde mediados del siglo XIX, la prevención de las enfermedades venéreas en México había tenido como prioridad el control sanitario de las prostitutas. La prostitución fue entendida como un problema sanitario y moral que en distintas partes del mundo se trató de combatir, principalmente por medio de tres sistemas: el reglamentarismo, el prohibicionismo y el abolicionismo.¹ El primero planteaba que la prostitución era un “mal necesario” que era mejor tolerar y regular. El abolicionismo por su parte, exigía suprimir cualquier ordenanza que reconociera la prostitución como “una profesión patentada”.² El prohibicionismo, como su nombre lo indica, prohibía el “comercio carnal” y lo perseguía como un delito. Aunque el reglamentarismo fue muy cuestionado, la regulación tuvo vigencia en la mayor parte del territorio mexicano hasta 1940.

La aprobación y aplicación del reglamento de 1926 hicieron evidentes las tensiones y contradicciones en la lucha antivenérea. Los exámenes médicos de las prostitutas mostraron significativas deficiencias que ponían en serias dudas la pertinencia del reglamento. Además, la anuencia del Estado en el ejercicio del comercio carnal contradecía los “valores revolucionarios”, principalmente por el cobro de comisiones y por el trato desigual dado a las meretrices y a sus clientes. La ejecución de las medidas reglamentarias también mostró las dificultades de las autoridades para hacer cumplir la ley, los abusos de poder, las complicidades entre algunas prostitutas y funcionarios públicos, así como las resistencias de los grupos que se vieron afectados.

El comercio carnal había sido regulado por las administraciones estatales y municipales. Sin embargo, al tratarse de la prevención de enfermedades sociales que involucraban a *la raza*, el DSP asumió que su prevención era un asunto nacional que debía estar bajo la dirección técnica de las autoridades sanitarias federales. Por ello, y con base en sus atribuciones legales, el DSP procuró que hubiera un reglamento para el ejercicio de la

¹ “La nueva legislación antivenérea”, p. 128.

² “La nueva legislación antivenérea”, p. 129.

prostitución con vigencia en todo el país. Pero los intentos del DSP fueron infructuosos y no llegó a consolidarse una normativa federal en esta materia. Los estados dejaron para sí la facultad de enfrentar la prostitución con sus propias leyes. Por ello, hubo varios “ensayos” de prohibicionismo y abolicionismo en los estados. Este último fue ganando mayor aceptación entre las autoridades federales, de manera que si al inicio del siglo XX consideraban que los reglamentos de prostitución eran la base de la lucha antivérea, para 1935 el jefe del DSP afirmaba que esas normas eran el primer obstáculo de una prevención efectiva.

De la reglamentación decimonónica al reglamento de 1926

Los planteamientos del reglamentarismo fueron ampliamente discutidos alrededor del mundo.³ El libro *De la prostitution dans la ville de Paris*, publicado en 1836 en dos tomos por el médico francés Parent du Chatêlet⁴, fue clave para la difusión de estas ideas y en distintos países fue adoptado el llamado “sistema francés”. Aunque bastante cuestionado, el reglamentarismo continuó teniendo vigencia un siglo después en países como Francia, Argentina, Colombia, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Uruguay, entre otros.⁵

Los reglamentos de prostitución planteaban diversas medidas para el control sanitario de las prostitutas, entre ellas, el registro de las “mujeres públicas”, el arresto y sometimiento de las “clandestinas”, las constantes inspecciones médicas, la libreta sanitaria en la que se anotaba el estado de salud de la prostituta y el confinamiento hospitalario de las enfermas hasta su curación.

Los reglamentos de prostitución tuvieron mayor impulso en México con la ocupación francesa y el llamado Segundo Imperio (1864-1867), si bien hubo iniciativas anteriores. En 1851 hubo un proyecto de reglamento y bajo la presidencia de Benito Juárez fue emitido el “Primer Reglamento de 20 de abril de 1862, sobre la prostitución en

³ Algunos estudios para América Latina que muestran la presencia de los argumentos reglamentaristas MARTÍNEZ y RODRÍGUEZ (coords.), *Placer, dinero y pecado*. TROCHON, *Las mercenarias del amor*. GÓNGORA, *La prostitución en Santiago*. HEPKE, “Tolerancia, moral e higiene”, pp. 313-331.

⁴ Alexandre Parent du Chatêlet (1790-1836) fue miembro del Consejo de Salubridad de París, de la Academia Real de Medicina de la Legión de Honor y era médico del hospital de La Pitié. PARENT-DUCHÂTELET, *De la prostitution dans la ville de Paris*.

⁵ CAVAILLON, *Les législations antivénériennes*.

México”.⁶ En 1865, durante el gobierno de Maximiliano de Habsburgo, hubo un “Reglamento de la prostitución” y fue elaborado el registro de prostitutas en la ciudad de México. Un par de años más tarde fue emitido el *Reglamento de Mujeres públicas*.⁷ A partir de entonces se publicaron diversos reglamentos en varias partes del país. Después de la caída del Segundo Imperio continuó la reglamentación de la prostitución, con nuevos ordenamientos en 1871 y 1898.⁸

Con la Revolución de 1910 hubo nuevas disposiciones relativas a la prostitución que continuaron fundamentalmente bajo el sistema reglamentarista. Este fue el caso del establecimiento de una zona de tolerancia en la ciudad de México, delimitada en el otoño de 1912, durante la presidencia de Francisco I. Madero. La zona de tolerancia se ubicaba alrededor de la calle Cuahquemotzin (hoy Fray Servando) y ocupaba aproximadamente seis cuadras.⁹ Esta medida provocó problemas entre las prostitutas y los vecinos que sólo se agudizaron con las hostilidades de la llamada decena trágica y los posteriores conflictos armados.¹⁰ La tendencia reglamentarista continuó tras la muerte de Madero en febrero de 1913 y con el gobierno de Victoriano Huerta. En agosto de 1913 fue aprobado un “Reglamento para el ejercicio de la prostitución” que tuvo una corta vigencia. En mayo de 1914, el gobierno de Victoriano Huerta publicó en el Diario Oficial un nuevo reglamento que derogaba el del 8 de agosto de 1913.¹¹

En los años siguientes hubo en la ciudad de México diversas medidas relacionadas con la prostitución que estuvieron marcadas por las vicisitudes de la guerra.¹² Para julio de 1915 la ciudad de México estuvo brevemente ocupada por los carrancistas, quienes ordenaron el cierre de bares, burdeles, casas de citas y demás lugares de prostitución.¹³ Tan

⁶ NÚÑEZ, *La prostitución y su represión*, pp. 98-99. BAILÓN, “Las garantías individuales frente a los derechos sociales”, pp. 331-332.

⁷ AHSSA, SP, IAV, c. 1, exp. 1.

⁸ Algunos estudios sobre la prostitución en el siglo XIX mexicano: NÚÑEZ, *La prostitución y su represión*. NÚÑEZ, “Motines en el San Juan de Dios”. NÚÑEZ, “El papel del hospital en el control sanitario de la prostitución”, pp. 55-58. GONZÁLEZ, “Reglamentación práctica de la prostitución”, pp. 41-64; ZAVALA, *El arte de conservar la salud*. DELGADO, “Mujeres públicas bajo el Imperio”. LÓPEZ, “Las meretrices de Colima”.

⁹ BLISS, *Compromised Positions*, p. 66.

¹⁰ BLISS, *Compromised Positions*, pp. 68-70.

¹¹ *Reglamento para el ejercicio de la prostitución en el Distrito Federal*, 1914. Sobre el reglamento de 1913 no he conseguido información.

¹² Sobre las vicisitudes de la guerra en la ciudad de México, véase RODRÍGUEZ, *Historia del desasosiego*.

¹³ BLISS, *Compromised Positions*, p. 74.

sólo unas semanas después, los carrancistas se vieron obligados a abandonar la ciudad por motivos estratégicos, y esta fue ocupada por los zapatistas.¹⁴ Estos últimos permitieron que se abrieran burdeles y se tocara música si la matrona encargada “donaba” mensualmente cien pesos a las arcas públicas.¹⁵ Los carrancistas, por su parte, hicieron una nueva campaña sobre la capital y ocuparon definitivamente la plaza el 2 de agosto de 1915.¹⁶ En esta ocasión no pudieron retomar sus procripciones y resolvieron permitir que los burdeles permanecieran abiertos, dejando las “donaciones” para el ejército.¹⁷

La inestabilidad política, la guerra y los cambios en las medidas acerca de la prostitución debieron generar confusión entre prostitutas, clientes, vecinos y las mismas autoridades.¹⁸ Las diferentes medidas quedaron sujetas a las prioridades de acción de los combatientes y su ejecución estuvo supeditada a la disposición de los medios para hacerlas cumplir. En este contexto ninguna de las facciones podía ofrecer la estabilidad necesaria para implementar lo dispuesto acerca del control prostibulario. Sin embargo, la prostitución continuó y hubo militares que no sólo formaron parte de la clientela, sino que en ocasiones incluso protegían a las prostitutas de los intentos de control de las autoridades del ayuntamiento y de las quejas de los vecinos.¹⁹

A pesar de las dificultades, las autoridades sanitarias insistieron con la reglamentación de la prostitución. En el proyecto de lucha antivenérea elaborado por el Consejo de Salubridad en 1918 este tema fue apenas discutido, pues hubo consenso entre sus miembros acerca de la “benéfica” participación del DSP en el control de la prostitución y la necesaria coerción, “en virtud de tratarse de un comercio en que de antemano las interesadas consienten en ella”.²⁰

El control de la prostitución continuó y el Reglamento de Sanidad de 1898 tuvo vigencia nuevamente. Aunque entonces esta normativa no fue modificada, las formas en las que se llevó a cabo el “comercio carnal” cambiaron y hubo cada vez más voces disidentes

¹⁴ RODRÍGUEZ, *Historia del desasosiego*, p. 110.

¹⁵ BLISS, *Compromised Positions*, p. 74.

¹⁶ RODRÍGUEZ, *Historia del desasosiego*, p. 110.

¹⁷ BLISS, *Compromised Positions*, p. 75.

¹⁸ BLISS, *Compromised Positions*, p. 76.

¹⁹ BLISS, *Compromised Positions*, pp. 75-76.

²⁰ *La profilaxis de la sífilis en el Consejo Superior de Salubridad*, p. 24.

que cuestionaron fuertemente la reglamentación de la prostitución. Durante las primeras décadas del siglo XX la vida nocturna de la capital mexicana se diversificó con la apertura de nuevos establecimientos como cabarets y salones de baile.²¹ Algunos de estos cabarets fueron el *Conchita* (1915-1930) ubicado en la calle República del Salvador en esquina con el callejón del Parque del Conde y el *Patria*, en Pino Suárez número 18.²²

El gobierno de la ciudad dio licencias a algunos hombres que habían servido en la guerra para que tuvieran estos negocios y permitió que se vendiera alcohol en esos sitios: en teoría, “bebidas suaves y cerveza” hasta las nueve de la noche en los salones de baile y en los cabarets, licor desde la media noche hasta el amanecer.²³ En estos lugares se favorecía el contacto físico y había “permisividad sexual”, circulaban en ellos prostitutas tanto aisladas como clandestinas, y cerca de algunos cabarets había hoteles.²⁴ Los burdeles no sólo tuvieron que lidiar con la competencia que representaban estos lugares, sino con las normativas que les prohibían vender alcohol o tocar música, o bien, que se los permitía pero con un impuesto alto.²⁵

Las nuevas y variadas formas de manejar el “comercio carnal” en la ciudad de México representaron cambios en prácticas y actitudes. En las primeras décadas del siglo XX hubo proxenetas que participaron en un negocio tradicionalmente dirigido por las matronas, clientes con más opciones de entretenimiento y mujeres dedicadas a la prostitución con otros espacios para su actividad.²⁶

La apertura de centros nocturnos y la incorporación de personas extranjeras que regenteaban o se prostituían generaron molestia entre las meretrices mexicanas que vieron afectados sus intereses. Esta inconformidad quedó de manifiesto en una carta dirigida al presidente Calles en enero de 1926, en la que tres prostitutas se quejaban de estas situaciones y del actuar “inmoral” del inspector de sanidad. Dicho funcionario –alegaban– cobraba impuestos y si no tenían para pagar el libretto las llevaba al Hospital Morelos por

²¹ BLISS, *Compromised Positions*, pp. 83-84.

²² MEDINA, “El club de media noche Waikiki”, p. 22. Sobre los cabarets en la ciudad de México, véase JIMÉNEZ, *Cabarets de antes y de ahora en la ciudad de México*.

²³ BLISS, *Compromised Positions*, pp. 83-84.

²⁴ BLISS, *Compromised Positions*, p. 87.

²⁵ BLISS, *Compromised Positions*, pp. 85-87.

²⁶ BLISS, *Compromised Positions*, pp. 92-94.

unos días y luego a la Inspección de Sanidad. En tales circunstancias, estas mujeres se veían obligadas a vender sus ropas para completar el dinero y salían “casi desnudas a la vía pública”. Estos cobros afectaban sus intereses, pero afirmaban que el Consejo de Salubridad se quedaba “callado” porque “le conviene”. A diferencia de ellas, –afirmaban– había prostitutas extranjeras que sí obtenían grandes ganancias y podían pagar. De acuerdo con las quejas, a las prostitutas francesas sí se les podía cobrar porque ellas ganaban, robaban o estafaban, en cambio las mexicanas decían no haber “alcanzado el grado de degeneración que estas ejercen en la prostitución”. Por lo anterior pedían que no hubiera más contribuciones, que no se permitiera a extranjeras regentar casas, que se les aplicara el artículo 33 constitucional y que en lo sucesivo no se les permitiera la entrada al país por ser “gente pernicioso” que “atrae vicios e inmoralidades”.²⁷

Otro motivo de la queja fue que “muchas cantinas” eran en realidad prostíbulos clandestinos. Al carecer de registros, las mujeres que laboraban en dichos sitios no tenían que pagar las contribuciones que se le exigían a las registradas. Por ello, en su carta al presidente, las prostitutas también le pedían “que no se tolere la prostitución clandestina” y esperaban que, dado “su recto criterio”, Calles procedería “con mano de hierro en este caso, como en otros donde Ud. ha demostrado un fuerte carácter, pues los enérgicos procedimientos que Ud. emplea en otros casos son aplicables al presente”.²⁸ En cierta forma, la petición de estas prostitutas fue atendida poco después, bajo la “mano de hierro” y el (¿recto?) criterio del Dr. Gastélum. Sólo que entonces, los “enérgicos procedimientos” del DSP no debieron hacerles ninguna gracia, como se verá más adelante. En cuanto a esta queja en particular se mandó hacer una averiguación, pero al no poder localizar a las firmantes por su negativa a dar su domicilio por temor a represalias, el Departamento supuso que las mujeres habían utilizado “nombres supuestos, careciendo de pruebas para sostener su dicho”.²⁹

En las primeras décadas del siglo XX en México, no sólo el ejercicio de la prostitución había cambiado. Si bien continuaron los reglamentos, la opinión entre las autoridades civiles y sanitarias estuvo cada vez más influenciada por el abolicionismo y por

²⁷ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 2.

²⁸ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 2.

²⁹ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 2.

la idea de que las prostitutas eran víctimas que era necesario redimir.³⁰ La idea de reformar a las prostitutas y prepararlas para una vida “decente” no era una novedad revolucionaria. Con anterioridad, el Hospital Morelos, donde eran atendidas las enfermas con padecimientos venéreo-sifilíticos desde que se reglamentó la prostitución en el siglo XIX,³¹ fue un espacio donde además de la curación se buscó la moralización de las internas a través de actividades como clases de corte.³²

Religiosas y posteriormente algunas feministas trataron de educar e instruir a las “mujeres públicas”. Este fue el caso de las Hermanas de la Caridad en el Hospital de San Juan de Dios (luego Morelos) en el siglo XIX y las Josefinas con la Casa de la Regeneración de la Mujer, donde estuvieron a cargo de 1900 a 1914.³³ En la década de 1920, algunos grupos de mujeres católicas y otros de feministas, realizaron visitas al Hospital Morelos.³⁴ La perspectiva de las feministas y las católicas era, sin embargo, distinta. Las labores de estas últimas buscaban la regeneración de las prostitutas como una forma de alejarlas del pecado y de darles una vida honesta.³⁵ Las feministas por su parte, plantearon el problema de la prostitución en términos más amplios, que incluían la moral, la sexualidad, la igualdad de oportunidades educativas y laborales entre hombres y mujeres, así como las condiciones de vida que propiciaban la prostitución.³⁶ Como se verá más adelante, hubo congresos feministas que apoyaron la abolición de los reglamentos.

Los gobiernos revolucionarios, por su parte, consideraban que la redención de las prostitutas era parte de un proyecto político de regeneración social. En este contexto, los reglamentos de prostitución fueron cada vez más cuestionados por proteger una actividad que se aprovechaba de las mujeres víctimas de ese negocio. Tanto en la legislatura federal

³⁰ BLISS, “The Science of Redemption”, p. 36.

³¹ Antes el Hospital se llamó de “San Juan de Dios” y estuvo por años a cargo de las Hermanas de la Caridad y posteriormente de la Beneficencia Pública. Hasta 1874, estuvo bajo la dirección de las Hermanas de la Caridad y un año después cambió su nombre de Hospital de San Juan de Dios a “Morelos”. Entonces quedó bajo el cuidado de la Beneficencia Pública y en 1920 pasó a depender del DSP. El mismo edificio del Hospital Morelos albergaba a la Inspección de Sanidad. QUIRÓS, *Breve historia del Hospital Morelos*, p. 88.

³² CARRILLO, “Entre el adentro y el afuera: Hospital Morelos para prostitutas enfermas”, en prensa. p. 15. Agradezco la confianza y la generosidad de la Dra. Carrillo al permitirme consultar el texto antes de su publicación.

³³ ESQUIVEL, “Las horizontales entre cuadernillos”, p. 95.

³⁴ BLISS, *Compromised Positions*, p.189.

³⁵ ESQUIVEL, “Las horizontales entre cuadernillos”, p. 94.

³⁶ CANO, “Más de un siglo de feminismo en México”, pp. 345-360. ORELLANA, “La mujer del porvenir”, pp. 109-137.

como en el ayuntamiento de la ciudad de México hubo después de 1917 voces que criticaron la explotación de las prostitutas por considerarla contraria a los principios revolucionarios, e incluso en 1920 se llegó a afirmar que la regulación de la prostitución era una “vergüenza de las sociedades modernas”.³⁷

Médicos e higienistas sabían que las prostitutas no eran las únicas que corrían el riesgo de contagiarse por la vía sexual, pero quienes defendían los reglamentos de prostitución consideraban que era más factible la vigilancia sanitaria de las mujeres que ejercían el “comercio carnal”, que de todas las personas que se exponían a la infección. Los reglamentaristas abogaban por la utilidad del control sanitario de las prostitutas porque – afirmaban– era posible (y deseable) obligarlas a someterse a las inspecciones, y si era el caso, a la curación. Pero el control sanitario de las prostitutas no sólo era una cuestión de índole práctica, sino que también estuvo justificado por la idea de que las prostitutas eran, si no la única fuente de contagio sí la principal y por tanto, constituían un grupo sobre el que se debía tener una estricta vigilancia.³⁸

Los miembros del DSP y del Consejo de Salubridad asumieron que el problema de la prostitución era sobre todo sanitario y que correspondía por tanto a las autoridades sanitarias encargarse del mismo. En 1920 el Ayuntamiento de la ciudad de México solicitó al Consejo que la Inspección de Sanidad, encargada del control de las prostitutas, pasara a formar parte del Ayuntamiento. La respuesta fue negativa, pues no debía “accederse por ningún concepto a tal proposición” porque era un asunto de “alta importancia para la salubridad pública”.³⁹ A pesar de lo anterior, la policía urbana continuó teniendo cierta injerencia en el control prostibulario, en ocasiones en colaboración con las autoridades sanitarias, otras veces en discrepancia y frecuentemente en detrimento de las prostitutas.⁴⁰

³⁷ BLISS, *Compromised Positions*, p. 81.

³⁸ TROCHON, *Las mercenarias del amor*, p. 242.

³⁹ AHSSA, SP, P, S, c.7, exp. 4.

⁴⁰ Un ejemplo de colaboración fue cuando los médicos adscritos al Servicio de Policía de la cuarta demarcación remitieron a una enferma al DSP, y éste a su vez, la envió al Hospital Morelos. Las diferencias quedaron de manifiesto en septiembre de 1928 cuando el inspector de sanidad comunicó al secretario del DSP que varias mujeres que asistían a la Inspección le habían dicho que “con mucha frecuencia” las prostitutas eran aprehendidas por policías urbanos que las llevaban a las comisarías, donde las obligaban a pasar por un examen médico, se les imponían multas y en ocasiones les destruían el libreto. Esto, afirmaba el inspector de sanidad, significaba una pérdida de control. La Inspección de Policía, por su parte, “ofreció en repetidas ocasiones a este Departamento de Salubridad poner remedio inmediato a cualquier irregularidad advertida con motivo de la intervención de la policía urbana.” AHSSA, SP, IAV, c.3, exp. 7.

En 1926, con la aprobación del Reglamento para el ejercicio de la prostitución y del Código Sanitario, el DSP reafirmó su autoridad en el control prostibulario como parte de su “obligación de impedir la transmisión de enfermedades venéreas perjudiciales para la tranquilidad de la familia y para el porvenir del país.”⁴¹ Esta reglamentación, sin embargo, se hizo con un nuevo enfoque que de alguna manera trataba de responder a las críticas y reclamos del abolicionismo. De acuerdo con el DSP, dicha normativa tenía “como finalidad última, suprimir la injerencia del Estado en materia de prostitución.”⁴² Este reglamento, en palabras de Gastélum, no reconocía ni desconocía a la “prostitución en sí”, no la consideraba como una “institución”, sino que atendía a la prostituta para que tomara conciencia de su “personalidad y valor social”.⁴³ En teoría, a partir de de 1926, sólo las casas de prostitución pagarían impuestos y las mujeres que trabajaban en ellas quedaban libres de toda contribución. De esta manera, se pretendía que tales lugares desaparecieran y que si una mujer se “entregaba al placer”, lo hiciera por su cuenta, lejos de la explotación.⁴⁴ Este nuevo enfoque en la reglamentación –decía Gastélum–, partía del reconocimiento de la libertad individual y de la negación de una supuesta “asociación” del Estado con el negocio al cobrar impuestos a las prostitutas.⁴⁵

Otro aspecto que Gastélum destacaba de la nueva regulación era que con ella habría mayor exigencia a los dueños de los lugares donde se ejercía la prostitución, como los hoteles. También habría menos tolerancia con el ejercicio de la prostitución al margen del reglamento puesto que “no permitiremos el comercio carnal clandestino”.⁴⁶

El jefe del DSP afirmaba que se reconocía el derecho de las personas a “orientar su conducta” y por lo mismo, “respetaban... la libertad de una pareja sin pretender regularizarla por medio del matrimonio, pero si la mujer se dedica a más de un individuo se le considera como clandestina y se le sujeta a la vigilancia médica.”⁴⁷ Los derechos y las libertades que según Gastélum tenían las personas, eran claramente distintos para hombres

⁴¹ “Informe del DSP para el mensaje presidencial del 1 de septiembre de 1927”, p. 17.

⁴² “Informe del DSP para el mensaje presidencial del 1 de septiembre de 1927”, p. 17.

⁴³ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 20.

⁴⁴ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 20.

⁴⁵ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 20.

⁴⁶ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 20.

⁴⁷ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, pp. 20-21.

y para mujeres. Ellas podían ser aprehendidas como prostitutas y sometidas al control policial y sanitario, con la sola sospecha de que se “dedicaban” a más de un hombre. Ellos, en cambio, aun cuando tuvieran una vida sexual promiscua reconocida, quedaban exentos del control médico. Este fue uno de los puntos más criticados del reglamentarismo en general, como se verá más adelante.

A más de año y medio de haber entrado en vigor, el Reglamento para el ejercicio de la prostitución contaba con el respaldo y la opinión favorable del DSP. De acuerdo con el reporte de actividades de la Inspección de Sanidad para el informe presidencial del general Calles del 1 de septiembre de 1927, el reglamento había contribuido a “destruir los prejuicios que existían, entre las mujeres públicas, en contra de la Inspección, logrando que todas las casas inscritas se ajusten a las prescripciones de la ley y que las mujeres se sometan con mayor disciplina y regularidad a la inspección y reconocimiento médico indispensables para poder garantizar el estado de su salud.”⁴⁸

Más allá de los pretendidos logros de la Inspección de Sanidad, el nuevo reglamento fue motivo de polémicas, críticas y resistencias de los distintos grupos que, por distintas razones, se vieron afectados por este ordenamiento.

El reglamento de 1926 en la práctica

El Reglamento para el ejercicio de la prostitución establecía que para que una mujer fuera inscrita debía ser mayor de 18 años y menor de 50, haber perdido su virginidad, tener el “discernimiento necesario” para darse cuenta de las implicaciones de su registro y no padecer enfermedades contagiosas (art.6). A diferencia de los reglamentos decimonónicos, en este ordenamiento no había una distinción de las mujeres por clase (1ª, 2ª, 3ª, ínfima), sino que sólo se les distinguía por vivir en comunidad o aisladas. Los libretos y los certificados serían gratuitos (art. 14, fracc. VI) y quedaría “prohibido estrictamente el imponer o cobrar impuesto o contribución algunos de carácter personal a las mujeres inscritas” (art. 90). El DSP pretendía evitar la explotación comercial de las prostitutas y los abusos en los pagos de contribuciones personales. Sin embargo, la búsqueda de un estricto

⁴⁸ “Informe del DSP para el mensaje presidencial”, p. 16.

control sanitario y la pretensión de someter a todas las clandestinas al reglamento, dejaron expuestas a muchas mujeres a otro tipo de abusos y explotación, no sólo de proxenetas, sino de las mismas autoridades.

Aunque no fueron las únicas afectadas por el reglamento de 1926, las prostitutas fueron las primeras que resintieron las nuevas medidas sanitarias. Una de las acciones de las autoridades sanitarias que al parecer generó mayor molestia fue la “negación rotunda y terminante” de que los hijos de las mujeres enfermas pudieran ingresar con ellas al Hospital Morelos. Esta práctica era común, al grado de que la prohibición “extrañó sobremanera” a las meretrices, quienes consideraron que se trataba de una “disposición atentatoria e inquisitorial... y bajo el punto de vista moral injusta”.⁴⁹ Por ello, “las mujeres sin hogar”, como se autodenominaron cinco prostitutas, se dirigieron al presidente Calles en una carta que expresaba su queja.

La prohibición de la entrada de los menores al Hospital Morelos no estaba prevista en el Reglamento para el ejercicio de la prostitución, pero fue parte de las pretensiones de orden que éste trajo consigo. Al respecto, dicha normativa decía que “las mujeres remitidas a los hospitales, quedarán sujetas a las prevenciones del reglamento interior de los mismos, y a la Inspección de Sanidad” (art. 23).

Las prostitutas reclamaban que al ingresar al Hospital eran obligadas a abandonar a sus hijos y entregarlos en la vía pública a “personas caritativas” o de “su confianza”. Los niños, “inocentes e inofensivos seres”, quedaban así “desde su más pequeña juventud... en el camino de la desgracia”. Por su parte, ellas se consideraban víctimas, y “garantía de los hogares”, que a pesar de ser “seres mudos” tenían reclamos justos y legítimos que esperaban que Calles, “como hombre honrado y justiciero”, atendiera. Esta queja también invocaba a “los principios de la Revolución”, como las libertades individuales que estas medidas, a su entender, quebrantaban.

Esta carta fue remitida de la Presidencia al DSP, del cual dependía el Hospital Morelos. El director de este último rindió un informe en que explicaba que estas medidas aparentemente “dictatoriales” tenían razones de orden higiénico, moral y administrativo. Los niños no podían estar con sus madres en el Hospital porque estas mujeres, por las

⁴⁹ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 4.

condiciones del nosocomio, tenían que compartir cama a pesar de tener padecimientos distintos. Tampoco había espacio para crear una sala dedicada a los menores. Por otra parte, cuando se permitía su entrada

era penoso ver cómo los niños recogían algodones sucios y todo aquello que estaba a su alcance, para llevárselo a la boca; cómo después de estar jugando en un piso al extremo infestado, de haber tocado ropa sucia, etc., con las manos en ese grado de suciedad, de comer dulces o fruta, como al fin, entraron sanos y salieron con oftalmía o con infecciones tremendas que hicieron de esas criaturas seres lisiados e inútiles.

Entre las razones de índole moral, el director del Hospital Morelos señalaba que estos pequeños, “en la edad del candor y la inocencia”

llegan aquí a un medio insano en el que no se oye sino la blasfemia continua, que se repite día y noche hasta en los más oscuros rincones de este Hospital, las aventuras de las asiladas, único punto de conversación entre ellas, sus vicios, degeneraciones y todo lo propio de este gremio amoral, que jamás podría constituir un honroso ejemplo para los seres que integran la futura generación. Se vieron en otra época infinita maldad, de todos aquellos inocentes, para quienes no hubo una mano de misericordia que los apartara de este antro inmoral.

De acuerdo con el director del Hospital Morelos, la prohibición también estaba justificada por la necesidad de reposo y silencio de algunas enfermas para quienes los llantos y gritos de los pequeños “eran un suplicio”. Sólo los niños de pecho quedaban exentos de la restricción, porque los médicos encargados consideraban que en estos casos habría más perjuicios que beneficios. El DSP finalmente determinó que la medida estaba justificada, y como no había dónde notificar a las firmantes “mujeres sin hogar”, el asunto quedó archivado.⁵⁰

Dicha carta, fechada el 3 de septiembre de 1926, tenía una demanda muy concreta, sin embargo, en ella las meretrices también expresaron su inconformidad con el nuevo reglamento de prostitución. Manifestaron que se estaba formando la Liga de la defensa de la mujer caída⁵¹ que “no tiene otro objeto que dar a conocer a Ud., C. Presidente lo mismo que a la representación nacional, todos los procedimientos de explotación de que hemos

⁵⁰ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 4. Al igual que en la queja de enero de 1925, las prostitutas firmaron como “mujeres sin hogar”, pero los nombres que aparecieron en ambas cartas son todos distintos.

⁵¹ Hasta el momento no he conseguido más información sobre esta Liga.

sido víctimas con un llamado reglamento a título de ejercicio de la prostitución y actualmente vigente.”⁵²

¿A qué “procedimientos de explotación” se referían? La carta no dice más al respecto, pero a través de otra documentación es posible percibir la molestia que generó la aplicación del reglamento entre las mujeres dedicadas al comercio sexual, así como su interacción con las autoridades.

- Prostitutas, agentes sanitarios y funcionarios públicos

Las quejas por los abusos de los inspectores de sanidad al aprehender a mujeres supuestamente clandestinas o a prostitutas registradas que se negaban a acatar sus órdenes no iniciaron con el reglamento de 1926, y los escándalos que provocaron tales detenciones tampoco fueron novedad. Sin embargo, el reglamento de 1926 no mejoró la situación de las aprehendidas. El Dr. A. de Garay, quien fuera director de los dispensarios en la ciudad de México, afirmaba que “las que no están inscritas, las que no van a curarse, o las que desertan, son perseguidas con furor por un ejército de agentes, que muchas veces las explotan, las detienen, las multan”.⁵³ Por su parte, el Dr. Alfredo Saavedra aseguraba que el 70% de las mujeres detenidas en el Hospital Morelos eran “víctimas de los agentes de sanidad, por haber sido sorprendidas incidentalmente, sin dedicarse a la prostitución como oficio.”⁵⁴

La prensa publicó en más de una ocasión notas que daban cuenta de casos de detenciones en las que se alegaba abuso de autoridad. El periódico *El Sol* en su edición del 12 de octubre de 1927 presentó una nota titulada “Abominables excesos de miembros de policía”. De acuerdo con este periódico, Juana Morales, una acomodadora del teatro “Virginia Fábregas” se dirigía a su casa cuando un gendarme quiso obligarla a ir con él hacia parajes solitarios, amenazándola de llevarla a la demarcación si se rehusaba. Ella mostró su credencial y se negó a “acceder a sus instintos de sátiro”. Entonces fue conducida a la gendarmería, donde “la trataron mal” y fue recluida en una galera. Afortunadamente

⁵² AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 4.

⁵³ GARAY, “La Inspección de Sanidad debe suprimirse”, p. 310.

⁵⁴ SAAVEDRA, *Eugenesia y medicina social*, p. 81.

intervino el secretario general de la Unión de Empleados de Teatro, quien “consiguió que le guardasen consideraciones hasta que la pusieron en libertad.” De acuerdo con *El Sol*, este no fue el único caso, pues le pasó lo mismo a María de la Luz Sánchez.⁵⁵

Los inspectores de sanidad eran ya conocidos por este tipo de escándalos y no faltó quien trató de evitar cualquier inconveniente. En octubre de 1926 el señor Montaña, dueño de una tabaquería en la avenida Madero, solicitó al gobernador del Distrito Federal un permiso para que una de sus empleadas pudiera transitar por la ciudad sin ser detenida por la policía al salir de su trabajo después de las 11 de la noche. La respuesta fue del jefe del DSP, quien expresó que no era necesario que dicha empleada tuviera un permiso, pues las disposiciones del reglamento de prostitución sólo restringían a las mujeres que debían someterse a él.⁵⁶ Esta carta expresa la preocupación por ser otra víctima de los agentes de sanidad, y de una manera implícita reconoce que podía ser sospechoso que una mujer anduviera sola por la ciudad a altas horas de la noche, y ese sólo hecho, la volvía vulnerable.

En los primeros días de febrero de 1929 el periódico *Excélsior* publicó un par de notas tituladas “Acusarán de secuestro a un inspector de sanidad”, y “Una mujer golpeada por un inspector de sanidad”.⁵⁷ Estas notas daban cuenta del escándalo por la aprehensión de una mujer en Tacubaya que despertó a los vecinos a la media noche. Estridentes gritos de una mujer que pedía auxilio salían de un camión del servicio sanitario mientras se dirigía “violentamente” a la comisaría. Unos gendarmes que vieron pasar el vehículo trataron de detenerlo, pero el chofer hizo caso omiso y por poco los gendarmes se vieron obligados a disparar. Al llegar a la comisaría, salieron del auto dos hombres con una mujer “semidesnuda” en brazos, que se resistía y gritaba. Tal fue la lucha de la mujer con su aprehensor que sus vestidos quedaron “completamente hechos pedazos” y tres cristales del camión, rotos. El inspector de sanidad –decía el periódico– afirmaba que la mujer era una fugitiva del Hospital Morelos, mientras que ella se quejaba de ultrajes y secuestro, que denunciaría ante las autoridades judiciales.⁵⁸

⁵⁵ AHSSA, SP, SJ, c. 13, exp. 2. “Abominables excesos de miembros de policía”, *El Sol*, 12 de octubre de 1927.

⁵⁶ AHSSA, SP, P, S, c. 11, exp.6.

⁵⁷ AHSSA, SP, SJ, c. 16, exp. 17. *Excélsior*, 3 y 4 de julio de 1929.

⁵⁸ AHSSA, SP, SJ, c. 16, exp. 17. *Excélsior*, 3 y 4 de julio de 1929.

El inspector de sanidad tenía su propia versión de los hechos. En su informe rendido ante la jefatura de la Inspección de Sanidad, el agente involucrado reportó que el incidente tuvo lugar cuando revisaba los libretos de “mujeres públicas” que se encontraban en las afueras de la cantina “El Año Nuevo” en la avenida Juárez. Cuando fue solicitado el libreto de la mujer con la patente 2689, esta se negó a entregarlo y entró a la cantina. Por ello, los agentes solicitaron auxilio de la policía y ella, al darse cuenta, comenzó a “escandalizar” y a insultarlos. Por fin lograron subirla al camión, pero lejos de tranquilizarse, la mujer se exaltó más, rompió los vidrios y mordió en la mano al chofer. Debido a su conducta, el agente de sanidad resolvió llevarla a la comisaría de Tacubaya, donde el comisario ofreció una camisa de fuerza, que no fue usada para “evitar malas interpretaciones.”⁵⁹

El jefe del Servicio de Enfermedades Venéreas del DSP, al conocer del caso, sugirió al secretario general de dicha dependencia en carta del 15 de febrero, que se enviara al *Excélsior* una copia del informe del inspector para que el periódico publicara las “rectificaciones debidas”. Aunque el secretario manifestó que no había inconvenientes en hacer aclaraciones a la prensa, estas tenían que ser inmediatas, pues en este caso resultaba extemporánea.⁶⁰

Las aprehensiones de las mujeres, con sus posibles escándalos y abusos, no fueron las únicas acciones de los inspectores sanitarios que motivaron quejas en su contra. El cobro de comisiones, impuestos, multas o “disimulos”, también ocasionaron molestia entre las prostitutas. Una muestra de ello es la citada carta al presidente Calles de enero de 1926, en la que las “mujeres sin hogar” se quejaban de la inmoralidad de los cobros y de cómo los agentes las forzaban a pagar.⁶¹ Por ello el DSP insistió en que no habría más contribuciones personales a las prostitutas, aunque en la práctica la situación parece haber sido distinta.

En 1931 el delegado sanitario federal en Ojinaga, Chihuahua, comenzó a cobrar a cada prostituta tres pesos por el examen médico semanal. El Servicio de Enfermedades Transmisibles del DSP pidió al Servicio Jurídico del mismo Departamento asesoría para enviar una comunicación al delegado, indicando la ilegalidad del cobro. Este iba en contra del artículo 152 del Código Sanitario que establecía –al igual que el Reglamento para el

⁵⁹ AHSSA, SP, SJ, c. 16, exp. 17. *Excélsior*, 3 y 4 de julio de 1929.

⁶⁰ AHSSA, SP, SJ, c. 16, exp. 17. *Excélsior*, 3 y 4 de julio de 1929.

⁶¹ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 2.

ejercicio de la prostitución– la prohibición de “imponer o cobrar impuesto o contribución algunos de carácter personal a las mujeres que hagan del comercio sexual una profesión o medio de vida”.⁶²

El Servicio Jurídico planteó que se hiciera un “serio extrañamiento” y exigió que se obligara al delegado a devolver lo cobrado a las prostitutas, remitiendo los recibos firmados por las interesadas para acreditar el cumplimiento de la orden. Esta sanción fue motivada no sólo por la ilegalidad de los cobros, sino porque “la conducta del delegado... puede servir de ejemplo a otras autoridades, principalmente municipales que tienden a hacer cobros como los que hace delegado”. Además, “el Departamento de Salubridad siempre ha reprobado este procedimiento, y con mayor razón debe hacerlo cuando el infractor es uno de sus empleados.”⁶³

Las autoridades sanitarias eran conscientes de que había abusos en el control de la prostitución y por lo mismo trataron de evitarlos. Estos intentos por poner orden también los encontramos en Veracruz. Ahí, se estableció una Unidad Sanitaria Cooperativa que a partir de mayo de 1929 tuvo a su cargo todos los servicios sanitarios del puerto, incluidos los relativos a la prostitución.⁶⁴ En junio de 1929 la Unidad Sanitaria llevó a cabo una investigación acerca de una aprehensión supuestamente arbitraria. María fue detenida por dos agentes a las 4:30 de la mañana en una casa de huéspedes anexa a la cantina “El Muelle Inglés”. La aprehensión se llevó a cabo porque la casa era un “centro notorio de vicio” y ella se encontraba ahí con un hombre. En el interrogatorio llevado a cabo por los directores de la Unidad Sanitaria y de Salubridad del estado, María afirmó que estaba en ese lugar con su amasio porque no quería ir a casa de él debido a “disgustos” de su hermana y porque no sabía que esa casa de huéspedes era “de mala nota”. A las preguntas de si quería ejercer la prostitución y si los agentes estaban ebrios al momento de la detención, ella respondió negativamente.

Las autoridades concluyeron que las investigaciones no mostraban datos suficientes para comprobar la prostitución de María y determinaron sustituir a los agentes de sanidad, a pesar de que el director de la Unidad Sanitaria consideró que era un “castigo duro” porque

⁶² AHSSA, SP, SJ, c. 27, exp. 12. 18 de agosto de 1931.

⁶³ AHSSA, SP, SJ, c. 27, exp. 12. 18 de agosto de 1931.

⁶⁴ AHSSA, SP, SJ, c. 16, exp. 16, 1929.

las acciones de los agentes respondían al cumplimiento de su deber y no habían sido mal intencionadas. Sin embargo, el castigo por “exceso de autoridad” debía ser “ejemplar” para “evitar el relajamiento de la disciplina”.⁶⁵

Otro caso que también ameritó investigación en Veracruz fue el de Trinidad y Rosa, acusadas en 1929 por sus vecinos de prostitución clandestina y escándalos. Esta queja tampoco procedió porque las mujeres alegaron que la esposa del representante de los vecinos que puso la queja “no se lleva con nadie”. Además, presentaron a sus amasios y justificaron los escándalos con los “ataques nerviosos” de Rosa, quien gritaba y hacía “demostraciones que al parecer son un escándalo cuando se sentía incómoda”.⁶⁶

La Unidad Sanitaria de Veracruz no estaba dispuesta a dejar pasar irregularidades y “mucho menos a permitir la ya tradicional inmoralidad de los agentes” con funciones relacionadas con la prostitución. Por ello, en “junta civil” se habló de las irregularidades de empleados sanitarios subalternos de la Unidad, como la exigencia de dinero a cambio de no detener a las mujeres y el cobro de 50 pesos para dejarlas salir del hospital. En dicha junta se consideró positivo que todas estas situaciones fueran del conocimiento del gobernador y del director de Salubridad del estado a fin de “que se aprecien responsabilidades para saber si el hecho de clausurar casas y detener clandestinas provoca ataques contra los agentes o si es necesario continuar con la depuración de inspectores.”⁶⁷

La preocupación de los miembros del DSP por evitar los posibles abusos también se vio reflejada en la redacción de un “Instructivo para los agentes sanitarios encargados de practicar visitas a los distintos establecimientos donde se ejerza prostitución”. Como parte de este Instructivo, el Servicio Jurídico del Departamento sugirió que los agentes debían “proceder con toda cordura y comedimiento en casos dudosos para no ofender el decoro y dignidad de las personas... prefiriendo que escapen algunos casos de la vigilancia sanitaria a incurrir en actos que puedan ofender”. Además, propuso que la gente que asistía a cabarets debía quedar exenta de “toda molestia e intervención por parte de los agentes sanitarios” y que cualquier irregularidad en la que incurrieran debía ser denunciada por los

⁶⁵ AHSSA, SP, SJ, c. 16, exp. 16, 1929.

⁶⁶ AHSSA, SP, SJ, c. 16, exp. 16, 1929. 5 de julio de 1929.

⁶⁷ AHSSA, SP, SJ, c. 16, exp. 16, 1929.

propietarios o encargados de dichos lugares.⁶⁸ Este Instructivo, redactado a finales de 1938, tuvo una corta vigencia debido a la supresión de los reglamentos de prostitución en 1940. Además del interés por evitar los excesos de los agentes en el ejercicio de sus funciones, el Instructivo también mostraba la tendencia abolicionista en el DSP, de la que se hablará más adelante.

Las fuentes consultadas tienen poca información acerca de quiénes eran los agentes de sanidad y de policía encargados del control prostibulario. Las referencias sobre los agentes sólo hacen alusión a sus acciones y no a las personas que desempeñaban tales tareas. Sin embargo, se pueden hacer algunas consideraciones al respecto. Las quejas y acusaciones que pesaban sobre estos agentes dan idea de que la corrupción y el abuso de poder fueron constantes entre ellos. Las autoridades sanitarias, conscientes de ello, trataron de controlar también a los agentes y de instruirlos en la manera en la que debían proceder en los casos “dudosos”. Ejemplo de ello son las destituciones de agentes sanitarios en Veracruz y el “Instructivo” redactado por el DSP. Por otra parte, estos intentos de control e instrucción de los agentes iban en consonancia con a la búsqueda de la profesionalización de los funcionarios sanitarios que desde 1922 impulsó el DSP con la creación de la Escuela de Salubridad.⁶⁹

Aunque ciertamente hubo abusos de parte de los agentes de sanidad, la interacción entre las prostitutas y las autoridades fue más compleja que la relación de víctimas y victimarios que llegaron a plantear tanto algunos detractores de los reglamentos como varias meretrices. No siempre era sencillo deslindar responsabilidades para saber hasta qué punto había abusos y hasta qué punto ellas podían “salirse con la suya”. En el caso de María en Veracruz, por ejemplo, no se pudo comprobar que se dedicara a la prostitución pero, considerando la reglamentación prostibularia y la información asentada en el expediente, tampoco parece del todo claro que haya habido “abuso de autoridad” de parte de los agentes, quienes finalmente fueron destituidos.

⁶⁸ AHSSA, SP, SJ, c. 52, exp. 3.

⁶⁹ GUDIÑO, MAGAÑA-VALLADARES y HERNÁNDEZ, “La Escuela de Salud Pública en México”. En la década de 1920 también hubo acciones para profesionalizar las fuerzas armadas del país. Al respecto véase LOYO, *Joaquín Amaro*.

Las prostitutas no sólo estaban sometidas a las “reglas del juego”, sino que aprendieron a “jugar” con ellas en ocasiones para eludirlas o aprovecharlas en su propio beneficio, a veces incluso con la complicidad de algunos funcionarios públicos. En diversas casas de prostitución en León, Guanajuato se servían bebidas alcohólicas y había música, a pesar de que tanto el Código Sanitario Federal (art. 151) como el reglamento de prostitución local lo prohibían. Cuando los agentes de sanidad fueron a inspeccionar la casa de la Sra. Ramos el 28 de junio de 1927 no pudieron realizar sus labores “detenida y minuciosamente por encontrarse allí bailando y bebiendo con las meretrices” el presidente municipal, su secretario y otros funcionarios públicos. Ante la gravedad del asunto se levantó un acta para dar cuenta al gobernador y al delegado sanitario federal.⁷⁰

Uno de los problemas –que no el mayor– era que al exigirles el cumplimiento de las disposiciones sanitarias, las matronas “alegan y exhiben permiso escrito de la autoridad y recibo de que pagan cierta cantidad por esos conceptos (autorización de venta y consumo de alcohol, y música).” Lo peor fue que cuando la Oficina de Sanidad se dirigió a las autoridades municipales para protestar contra tales actos, estas contestaron que “las leyes federes no rigen dentro del municipio libre”. La Oficina de Sanidad de León, para no ser “solidaria ni cómplice”, comunicó la situación directamente al DSP, donde se procedió a redactar una circular para el cumplimiento de la legislación sanitaria.⁷¹

El expediente no proporciona información acerca de si las matronas y las autoridades municipales de León acataron las disposiciones reglamentarias o si continuaron apelando a su “libertad de acción”, pero en este caso puede verse que hubo complicidad de funcionarios públicos con las prostitutas. Ellas sabían de la prohibición de bebidas alcohólicas y la música en las casas y por lo mismo tenían un permiso escrito, que a pesar de ser ilegal, de alguna manera detuvo a los agentes sanitarios, al menos en lo inmediato.

Otra matrona que supo ganarse el favor de militares y funcionarios y que pudo así lidiar con las autoridades sanitarias fue la Sra. Vega en la ciudad de México. Al menos desde 1917 hubo quejas por los escándalos que no cesaban ni con la llegada de la policía a su casa ubicada en la calle Roma de la colonia Juárez. Entonces el ayuntamiento poco pudo

⁷⁰ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 6.

⁷¹ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 6.

hacer, pues la Sra. Vega “gozaba de la protección de un general y un oficial de gobierno de alto rango”.⁷²

La Sra. Vega siguió en el negocio y en noviembre y diciembre de 1926 hubo denuncias de prostitución clandestina en una casa a su cargo en la calle Medellín. La Inspección de Sanidad procedió a la “clausura parcial” del lugar, pero “se movieron las influencias de un alto personaje en aquella época” y fue promovido un amparo. El juez negó la suspensión del acto reclamado y la Sra. Vega se comprometió a no volver a infringir el reglamento y a notificar posteriores cambios de casa, cosa que no hizo.⁷³

En marzo de 1928, cuando volvieron a localizar a la Sra. Vega, los inspectores de sanidad se dieron cuenta de que ella regenteaba una casa en la calle del Sol. Seguramente Vega se enteró de que se estaban haciendo averiguaciones, pues mientras los inspectores recababan datos, ella volvió a cambiar de domicilio. Ocho meses más tarde, los inspectores sanitarios pudieron proceder en contra de Vega porque se comprobó prostitución clandestina en su casa, esta vez en Nonoalco, y al parecer también en la calle Zarco. La declaración de una pareja “sorprendida” y la confesión de la acusada confirmaron los cargos imputados. Aunque hubo una multa de 100 pesos y Vega se comprometió nuevamente a no reincidir, “en esta vez, como en alguna de las anteriores, también hubo una alta influencia interesada”. De tal manera, para agosto de 1929 Vega y sus muchachas seguían ocupando las casas de Nonoalco y Zarco, y los inspectores sanitarios, impotentes, manifestaban que “no se han podido hacer diligencias porque niegan entrada a inspectores hasta recibir citatorio”, y posiblemente escarmentados, los inspectores prefirieron “evitar medios violentos que pueden ser malinterpretados”.⁷⁴

Los vínculos y los intereses entre prostitutas y funcionarios públicos pudieron ser múltiples: económicos, emocionales, afectivos, entre otros. De cualquier manera, la relación y la complicidad entre estas personas permitieron a las prostitutas realizar sus labores al margen del reglamento y entorpecieron el control sanitario de las meretrices.

⁷² BLISS, *Compromised Positions*, p. 78.

⁷³ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 8.

⁷⁴ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 8.

- Las prostitutas y los reconocimientos médicos

De acuerdo con el Reglamento para el ejercicio de la prostitución de 1926, las mujeres inscritas debían someterse a un reconocimiento médico una vez por semana (art. 17) y en caso de resultar enfermas o de que tuvieran un diagnóstico que no se pudiera precisar, estarían obligadas a ingresar al hospital correspondiente y permanecer en él “hasta la desaparición completa de las manifestaciones motivo de su ingreso” (art. 21).

Los reconocimientos médicos se llevarían a cabo en la Inspección de Sanidad o en dispensarios, según se tratara de prostitutas que vivían en comunidad o aisladas (art. 17). Además de los exámenes de rutina, podía haber reconocimientos médicos extraordinarios cuando: las mujeres eran dadas de alta en el hospital, pretendieran “dedicarse a una vida honesta”, fueran denunciadas como enfermas, o cada vez que el médico en jefe lo juzgara conveniente (art. 19). Si las mujeres no podían presentarse por causa de enfermedad, debían acreditarlo por certificado médico y un inspector de sanidad tenía que corroborarlo (art. 20).

Los reconocimientos médicos eran una pieza clave del reglamentarismo, pues con ellos se pretendía lograr una efectiva prevención de las enfermedades venéreas. En teoría, las mujeres enfermas serían oportunamente identificadas y aisladas, evitando así nuevos contagios. La prioridad del control prostibulario era sanitaria y el objeto de la Inspección de Sanidad era “impedir, por todos los medios que sean necesarios, la propagación de las enfermedades que pueden transmitirse por medio del contacto sexual, cuidar de la observancia de las disposiciones de este Reglamento y con especialidad emprender la campaña contra las enfermedades venéreo-sifilíticas” (art. 1).

Las autoridades sanitarias, convencidas de la utilidad de estas medidas, pusieron su empeño en mejorar el control sanitario de las prostitutas. En 1927 se ampliaron las horas de trabajo del personal de la Inspección de Sanidad y con ello hubo un progresivo aumento en el número de reconocimientos médicos de las prostitutas: en 1926 fueron 50,855⁷⁵ y durante 1927 llegó a 53,672.⁷⁶

⁷⁵ *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 3 (1927), p. 52.

⁷⁶ *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 3 (1927), p. 17.

A pesar de los esfuerzos de las autoridades sanitarias, había obstáculos difíciles de superar. Las prescripciones reglamentarias relativas a los reconocimientos semanales y al aislamiento de las enfermas tenían exigencias que la Inspección de Sanidad y el Hospital Morelos no podían satisfacer. Cuando el Reglamento para el ejercicio de la prostitución entró en vigor en enero de 1926 había 1,708 mujeres inscritas en la Inspección de Sanidad de la ciudad de México. Suponiendo que el número de prostitutas inscritas se mantuvo constante durante 1926, tenían que haberse realizado al menos 88,816 reconocimientos médicos en todo el año, es decir, 37,961 más de los que se reportaron.

Por otra parte, era difícil internar en el Hospital Morelos a todas las mujeres enfermas. Las condiciones materiales del inmueble no lo permitían, pues no había suficiente espacio y las pacientes se veían obligadas a compartir cama o incluso a dormir en el piso.⁷⁷ El problema del Hospital era que “en una superficie apenas mayor de cuatro mil metros cuadrados, viven hacinadas, digámoslo así, entre asiladas y personal, no menos de quinientas personas.”⁷⁸ El “único remedio” a esta situación era construir un nuevo edificio, puesto que “ni aún derrumbando construcción con sus enormes muros de metro de espesor podría construirse en ese espacio nuevo edificio, por su escasa superficie y número de pacientes y por el lugar donde está situado.”⁷⁹

A tales dificultades se sumaban las estrategias evasivas de las prostitutas. Ellas trataron de evitar por diversos medios los reconocimientos médicos y sus implicaciones, que iban desde presentarse en una oficina a esperar turno, hasta el riesgo de ser recluidas en el Hospital.⁸⁰

Desde 1908 el médico Luis Lara y Pardo⁸¹ dio a conocer en su estudio sobre la prostitución en México algunas formas en las que las meretrices disimulaban sus enfermedades. De acuerdo con Lara y Pardo, “nadie ignora que casi todos los lupanares tienen adjunto, como médico de cabecera, un estudiante –a veces un médico poco

⁷⁷ CARRILLO, “Entre el adentro y el afuera”.

⁷⁸ QUIRÓS, *Breve historia del Hospital Morelos*, p. 89.

⁷⁹ QUIRÓS, *Breve historia del Hospital Morelos*, p. 89.

⁸⁰ CARRILLO, “Entre el adentro y el afuera”.

⁸¹ Luis Lara y Pardo (1873-1959) era oriundo de la ciudad de México. Estudió medicina pero dejó su ejercicio profesional para dedicarse al periodismo y la literatura. Fue colaborador del periódico *El Imparcial* y *El Mundo Ilustrado*. También fue corresponsal de *Excelsior* en Francia. *Diccionario Porrúa*.

escrupuloso para ello— que examina a las mujeres antes de que vayan a pasar la visita” a la Inspección de Sanidad. Así, se aseguraban que sólo las que tuvieran apariencia de sanas se presentaran al reconocimiento.⁸²

El aspecto saludable de las mujeres se lograba con un cuidadoso aseo de los genitales, irrigaciones, y en caso de que hubiera erosiones, con una “especie de barniz teñido ligeramente” que ayudaba a aparentar una mucosa normal.⁸³ Otra forma de disimular los padecimientos era presentándose durante los días en los que el flujo menstrual era más abundante. En estos casos, se posponía el examen, pero los médicos se dieron cuenta que algunas mujeres ensangrentaban la vulva para simular su periodo. Lara y Pardo afirmaba que

son innumerables las estratagemas de que las prostitutas se valen para ocultar sus enfermedades venéreas, y lo hacen con tal éxito que entre ellas mismas el examen médico está profundamente desacreditado; consideran la visita como un albur, en el cual lo mismo pueden obtener certificado de sanidad, que pase al hospital.⁸⁴

Estas estrategias continuaron y se perfeccionaron con el pasar de las décadas. En 1930, *Salubridad*, el órgano de difusión del DSP, publicó algunas de las formas en las que las prostitutas enfermas se preparaban para el reconocimiento médico.⁸⁵ Las sifilíticas, como ya anticipaba Lara y Pardo, se hacían ocultar las ulceraciones con colodión⁸⁶ o se ponían esponjas con sangre para simular que estaban menstruando. Debido a esto, “se ha hecho de rigor practicar, previa limpieza local, el reconocimiento clínico en las mujeres que se presentan a la visita con su hemorragia periódica”.⁸⁷

La identificación de la blenorragia en las prostitutas era más complicada y “las deficiencias, justo es decirlo no dependen de médicos sino de los subterfugios a los que recurren las mujeres para no ser detenidas”.⁸⁸

⁸² LARA Y PARDO, *La prostitución en México*, p. 205.

⁸³ LARA Y PARDO, *La prostitución en México*, p. 206.

⁸⁴ LARA Y PARDO, *La prostitución en México*, p. 207.

⁸⁵ UZETA, “Algunas consideraciones acerca de la campaña antivenérea”, p. 528.

⁸⁶ “El colodión es una solución de nitrocelulosa en una mezcla de éter y alcohol y fue descubierto por Louis Menard en 1846. El colodión se presenta en forma de barniz que seca con rapidez y deja una lámina transparente muy parecida en textura al celofán.” Wikipedia.

⁸⁷ UZETA, “Algunas consideraciones acerca de la campaña antivenérea”, p. 528.

⁸⁸ UZETA, “Algunas consideraciones acerca de la campaña antivenérea”, p. 528.

La que menos se acondiciona para la visita, se practica aseos y lavados vaginales astringentes y desinfectantes, siendo no pocas las que se hacen preparar en ocasiones, triste es decirlo, por médicos sin escrúpulos, quienes ocultan ulceraciones bajo capas de colodión, hacen desaparecer flujos con aparatos eléctricos de vacío, aplicando después pulverizaciones astringentes. Así, pues, solo aquellas en las que basta el rato transcurrido entre el lavado o preparación y el examen médico para que se forme nuevamente el flujo y las pocas que se presentan sin preparación ninguna y con flujos, serán a las que se les mandará al laboratorio anexo a analizar bacteriológicamente sus productos sospechosos.

Gracias a estas estrategias, las prostitutas podían hacer pasar inadvertidas sus enfermedades, no sólo a la vista del médico de la Inspección, sino incluso en los exámenes de laboratorio. Así, “los resultados serán muchos negativos por lavados, aunque haya gonococos.”⁸⁹

Las autoridades sanitarias conocían esta situación, pero aun así apostaron durante años por el control sanitario de las prostitutas. Uno de los argumentos para defender los reconocimientos médicos era la suposición de que sin ellos “estos padecimientos se propagarían de una manera mucho más activa y harían mayores estragos”.⁹⁰ El diagnóstico, tratamiento y aislamiento de algunas de las prostitutas enfermas impedía que siguieran contagiando su padecimiento, y a entender de los reglamentaristas, este hecho representaba ya una ventaja, aunque sólo se tratara de una parte del total de las meretrices enfermas.

Los exámenes médicos periódicos de las prostitutas fueron cada vez más cuestionados y los propios miembros del DSP mostraron cada vez mayor escepticismo sobre la pertinencia de continuar con estas medidas. Para 1935 ya había una postura claramente abolicionista en el Departamento, expresada en propuestas de ley de las que se hablará más adelante.

Más allá de que las autoridades sanitarias defendieran una posición reglamentarista o abolicionista, era claro que no era posible diagnosticar adecuadamente a todas las prostitutas inscritas con base en los reconocimientos médicos. Las deficiencias, justo es decirlo, tampoco dependían únicamente de los “subterfugios” de las prostitutas. Al parecer, en más de una ocasión los inspectores sanitarios no recurrieron a criterios médicos para

⁸⁹ UZETA, “Algunas consideraciones acerca de la campaña antivenérea”, p. 528.

⁹⁰ MARTÍNEZ BAEZ, “La reglamentación de la prostitución no debe ser abolida”, p. 133.

internar a las meretrices en el hospital o darles el alta, sino que cobraban por dejarlas en libertad.⁹¹ Por otra parte, es posible también que además de los casos de extorsión se hayan dado sobornos.

Aunque el reglamento de 1926 tenía prioridades sanitarias, no se limitó a los reconocimientos médicos, sino que impuso una serie de restricciones que afectaron también a personas que tenían actividades o negocios vinculados de alguna manera al ejercicio de la prostitución.

- Las restricciones: alcohol, música y hoteles

Gastélum hablaba en serio cuando afirmaba que el Reglamento de 1926 pretendía desaparecer las casas de prostitución y evitar la clandestinidad.⁹² La nueva regulación prostibularia imponía cuotas a las casas de asignación y restricciones que dificultaban el comercio sexual como se venía realizando desde el siglo XIX. Esto provocó la molestia de las personas afectadas y favoreció nuevas dinámicas.

Las casas de asignación donde habitaban dos o más mujeres inscritas para ejercer la prostitución, debían pagar por concepto de inspección sanitaria, según su categoría (art. 34): las casas de primera clase, de 75 a 200 pesos; las de segunda, entre 25 y 75; y las de tercera, de 15 a 25 pesos. La clasificación quedaba a cargo del médico en jefe de la Inspección de Sanidad, según el número de habitaciones, instalaciones y demás características del inmueble.

Las casas de asignación eran lugares donde la interacción de las “pupilas” con sus clientes no se limitaba a las relaciones sexuales, sino que la música, el baile y las bebidas embriagantes hacían parte de la convivencia y del negocio. Había “excitantes y vicios” como drogas y alcohol, que a menudo acompañaban el ejercicio de la prostitución en las casas o burles.⁹³

⁹¹ Así lo afirmaban las prostitutas que enviaron la carta ya citada al presidente Calles en enero de 1926. AHSSA, IAV, c.3, exp. 2. Así también, en junta de la Unidad Sanitaria de Veracruz se planteó el cobro de 50 pesos a las prostitutas por dejarlas salir del hospital. AHSSA, SP, SJ, c. 16, exp. 16, 1929.

⁹² GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 20.

⁹³ OJEDA, “Campaña pro higiene social”, p. 517.

La legislación sanitaria trató de impedir al interior de los prostíbulos cualquier actividad o negocio que no fuese en estricto sentido “comercio sexual”. Al respecto, el Código Sanitario (art. 151) establecía que no estaba permitida la “existencia, venta y consumo de bebidas embriagantes”. El Reglamento para el ejercicio de la prostitución (art. 41) fue más específico y ordenó que “queda prohibido que en las casas de asignación haya bailes, juegos de azar, instrumentos musicales; el consumo por el público, de comestibles y bebidas; la existencia, venta y consumo de bebidas embriagantes”.

El mayor problema para las matronas no sólo eran las restricciones que imponía el Reglamento, sino que estas se daban en un momento en el que venía en aumento el número de cabarets, salones de baile y cantinas en la ciudad de México.⁹⁴ En tales sitios había prostitución clandestina, de manera que los clientes podían encontrar ahí el sexo, la bebida y la diversión que antes ofrecían las casas de prostitución.

Debido a lo anterior, en junio de 1926 la Sra. Martínez, matrona de una casa en San Juan de Letrán, solicitó al presidente Calles, en “representación de las casas de asignación perjudicadas”, permiso para tener baile y expender cerveza en estos lugares. Martínez decía a su favor que estas situaciones eran permitidas en los “centros principales del mundo por controlar necesidades humanas”. Gastélum se encargó de este asunto y su respuesta fue contundente: “el criterio que ha normado estas medidas es el que las casas de asignación no son centros sociales en donde deban permitirse bailes públicos y bebidas embriagantes. Por otra parte se trata liberar mujeres inscritas de obligaciones que hacen mas dura su esclavitud social.”⁹⁵

Según el Reglamento (art. 72), las matronas que infringían las disposiciones relativas a la prohibición de bebidas embriagantes debían pagar multas de entre 50 y 500 pesos, permutables por arresto de 5 a 15 días. Algunas de las multas que fueron impuestas fueron las siguientes: a la Sra. Delgado de Torreón, por 20 pesos (1928), a la Sra. Betancourt de Orizaba, por 200 pesos (1928), y a la Sra. Arballo de Chihuahua (1926), también por 200 pesos. Las dos últimas señoras pidieron que se les eximiera el pago de la multa, pero su petición fue rechazada. Únicamente la multa de la Sra. Arballo fue

⁹⁴ BLISS, *Compromised Positions*. AHSSA, SP, SJ, c. 7, exp. 4.

⁹⁵ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 3.

reconducida a 25 pesos debido a que la “media botella de tequila y cinco cascos de cerveza cruz blanca recientes” encontrados en su casa de asignación fueron comprados por “un tal Lic. Valderrama”.⁹⁶

Las prostitutas, sin embargo, no fueron las únicas que se vieron afectadas por la aplicación del nuevo Reglamento de prostitución. Algunos músicos y hoteleros también fueron perjudicados con las nuevas restricciones. Un grupo de 19 “filarmónicos de profesión” que trabajaban en casas de asignación enviaron una carta al presidente del Consejo de Salubridad General para que se reconsiderara el contenido del artículo 41 en lo relativo a la prohibición de instrumentos musicales. Los filarmónicos hicieron su solicitud

en consideración de que el ejercicio de nuestra profesión en estos lugares no ataca en lo mas mínimo a la moral ni a la higiene y sí precipita a la miseria a innumerables familias, ya que todos los firmantes somos jefes de hogar y además no existen actualmente centros de diversión en fábricas, talleres, oficinas, etc. ni plazas vacantes... tampoco tenemos elementos para migrar de nuestra querida patria...⁹⁷

A pesar de las razones de los músicos, los miembros del DSP (que también formaban parte del Consejo) fueron inflexibles porque consideraban que la presencia de los músicos en los burdeles sí afectaba la moral pública.⁹⁸ Después de todo, la moral también era una preocupación de las autoridades sanitarias, aunque constantemente reiteraban que la regulación estaba planteada en términos estrictamente sanitarios.

Estas restricciones, lejos de disminuir el ejercicio de la prostitución, al parecer resultaron contraproducentes, pues de acuerdo con el médico jefe de la Inspección de Sanidad, para junio de 1926

la prohibición de música y alcohol ha dado lugar al establecimiento de numerosos cabarets y academias de baile en lugares céntricos y aun a la transformación de estos últimos de las antiguas casas de asignación, con la resultante dispersión de mujeres inscritas que van a dichos lugares en busca de clientes, con la seguridad de perderse de la acción de sanidad.⁹⁹

⁹⁶ AHSSA, SP, SJ, c. 10, exp. 5.

⁹⁷ AHSSA, SP, SJ, c. 7, exp. 3. Carta de 4 mayo de 1926.

⁹⁸ AHSSA, SP, SJ, c. 7, exp. 3. Carta de 31 de mayo de 1926.

⁹⁹ AHSSA, SP, SJ, c. 7, exp. 4.

Los hoteleros también se vieron afectados por el nuevo reglamento de prostitución. La Sociedad de propietarios de hoteles, casas de huéspedes y similares hizo llegar su inconformidad al DSP por medio de una carta fechada el 20 de mayo de 1926. Según el Reglamento, los hoteles registrados eran aquellos que “sin tener alojadas permanentemente a mujeres inscritas, son frecuentados por ellas para entregarse al ejercicio del comercio sexual” (art. 49). Como parte de su registro, los hoteles debían pagar mensualmente sus derechos a la Inspección de Sanidad, según su categoría (art. 50). Las tarifas impuestas a los hoteles eran más altas que las de las casas de asignación. Los hoteles registrados debían pagar lo siguiente: los de primera case, de 80 a 200 pesos; los de segunda, de 40 a 80; y los de tercera, de 20 a 40 pesos (art. 50).

Los hoteles en los que se llevara a cabo el comercio sexual sin estar registrados, serían considerados clandestinos (art. 61), clausurados (art. 62) y sus dueños tendrían que pagar una multa de 25 a 500 pesos, permutable por arresto de 4 a 15 días (art. 74). Por otra parte, tales establecimientos no podían anunciarse “simplemente con los nombres de los hoteles, casas de huéspedes, casas de asistencia u otros similares”, sino que debían indicar que ahí se ejercía la prostitución (art. 53, fracc. II).

La Sociedad de propietarios de hoteles, casas de huéspedes y similares planteó su inconformidad frente al Reglamento en tres puntos: 1) para ellos era imposible distinguir a una mujer honrada de una prostituta; 2) no se podían equiparar sus establecimientos con una casa de asignación, y; 3) tenían derecho a anunciarse como hoteles sin decir que eran casas de citas o de asignación.¹⁰⁰

Nuevamente los miembros del DSP sostuvieron que no se modificarían las disposiciones reglamentarias y mantuvieron esta opinión a pesar de la insistencia de los afectados. El Departamento respondió a los hoteleros que era sencillo reconocer a las prostitutas por la frecuencia, el poco tiempo y la variedad de hombres con los que asistían a los hoteles. No obstante, los dueños de estos reclamaban que aun para los inspectores de sanidad era complicado en ocasiones reconocer la diferencia, pues las prostitutas se esforzaban por no parecer que lo eran.

¹⁰⁰ AHSSA, SP, SJ, c. 7, exp. 3.

En cuanto al segundo punto, los hoteles y las casas de asignación sólo eran equiparables en algunos aspectos –decían los miembros del DSP– pero era necesario que aquellos que recibían prostitutas lo anunciaran claramente para evitar inconvenientes a sus clientes. Los dueños de los hoteles consideraron que tenían derecho a anunciar sus establecimientos sólo por su nombre, sin especificar nada más. Sugerían que tal disposición sólo se aplicara en los hoteles de nueva creación.

Las diferencias entre las autoridades sanitarias y los dueños de varios establecimientos continuaron y en enero de 1929 se formó la Unión de propietarios de hoteles y similares. Dicha Unión pretendía presentar “proposiciones decorosas” acerca de “aquellos reglamentos cuyo articulado es un verdadero bochorno para esta oficina (el DSP).”¹⁰¹

La insistencia de los hoteleros llevó al DSP a proponer la aprobación de un decreto que modificaba el Reglamento para el ejercicio de la prostitución, que fue publicado en el *Diario Oficial* por el presidente Pascual Ortiz Rubio el 24 de mayo de 1932. Las modificaciones, decía el decreto, se hacían porque el Reglamento “impide, debido a algunos de sus preceptos, la labor de higiene y profilaxis, que es uno de los principales fines que debe perseguir todo gobierno”.¹⁰²

Dicho decreto derogó algunos artículos del Reglamento (53, 55) que imponían obligaciones a los dueños de los hoteles registrados como tener cristales opacos en las ventanas que impidieran la vista desde la calle, tener en las alcobas instalaciones y útiles para el aseo de las mujeres, así como prohibir la entrada a las meretrices enfermas, las que no tuvieran libreto o las que fueran en compañía de hombres menores de 20 años. El decreto de 1932 también incluyó en la clasificación de los hoteles y casas de huéspedes la cuarta clase, que debía pagar entre 5 y 20 pesos.

¹⁰¹ AHSSA, SP, SJ, c. 13, exp. 2.

¹⁰² Decreto, *Diario Oficial de la Federación*, 24 de mayo de 1932, p. 5.

Ortiz Rubio no concluyó su periodo presidencial debido a pugnas políticas con Calles, el “jefe máximo”, y presentó su renuncia en septiembre 1932.¹⁰³ Su sucesor, el presidente interino Abelardo Rodríguez siguió al tanto de la regulación de los hoteles. El 25 de septiembre de 1934 Rodríguez mandó publicar en el *Diario Oficial* el “Reglamento de hoteles y casas de huéspedes en el Distrito Federal”. Su artículo 7 prohibía que los dueños de tales establecimientos alquilaran habitación “accidental o temporalmente a mujeres cuya conducta sea notoriamente inmoral”. De lo contrario, “no podrá llamarse hotel o casa de huéspedes ni podrá anunciarse como establecimiento de esta naturaleza”.¹⁰⁴

Con el Reglamento de hoteles quedaban derogadas las disposiciones relativas al ejercicio de la prostitución que fueran contrarias a él. El reglamento de prostitución había permitido y regulado el comercio sexual en los hoteles “para facilitar la labor”, y con el convencimiento del DSP “de que en cualquier forma los propietarios de dichos establecimientos explotaban ese comercio.” El Reglamento de prostitución dio lugar a la inscripción de aproximadamente 230 hoteles y casas de huéspedes que aportaban más o menos 5,000 pesos mensuales a la Inspección de Sanidad, “sin que pueda decirse que las disposiciones modificaron la moral de tales establecimientos”.¹⁰⁵ Por ello, a pesar del ingreso que representaba, se decidió prohibir la prostitución en los hoteles.

No sólo la regulación del ejercicio de la prostitución en las casas de asignación y en los hoteles generó polémica, sino también la ubicación de éstos en la ciudad. El establecimiento de las zonas de tolerancia fue otro de los frentes que el DSP debió cuidar en su lucha antivenérea.

¹⁰³ Las diferencias entre Ortiz Rubio y Calles fueron fundamentalmente políticas. Las luchas de poder se evidenciaron en los intentos de ambos por controlar el gabinete al poner o exigir la renuncia de algunos de sus miembros. La situación fue tensa y al cumplirse la mitad del periodo presidencial de Ortiz Rubio, Calles y su grupo político presionaron para que el primero renunciara. El hecho de que se hubiera cumplido la mitad del mandato presidencial era importante, pues entonces la ley ya no exigía elecciones, sino que el Congreso de la Unión podía designar a un presidente interino que completara el periodo de gobierno. MEDIN, “El minimato presidencial”, pp. 104-114.

¹⁰⁴ “Reglamento de hoteles y casas de huéspedes en el Distrito Federal”, p. 283.

¹⁰⁵ AHSSA, SP, SJ, c. 40, exp. 24.

- Las zonas de tolerancia

El Reglamento de 1926 daba al DSP la atribución de establecer las zonas de tolerancia “oyendo el parecer del gobierno y de los ayuntamientos del Distrito” (art. 56). Estas zonas no fueron establecidas inmediatamente, pero la ciudad de México contaba ya con lugares en los que se concentraban más casas de asignación, como la calle Cuauhtemotzin, hoy Fray Servando Teresa de Mier. Esta vía no solía ser muy transitada y el tráfico vehicular era escaso debido a que no estaba pavimentada. Sin embargo, esta situación no tardó en cambiar. En 1926 el DSP se enteró de que el ayuntamiento de la ciudad tenía proyectado establecer en Cuauhtemotzin “vías de tráfico” y en agosto de ese año se dirigió a dicha corporación para solicitarle que desistiera de sus planes “en vista de encontrarse la calle de Cuauhtemotzin, [ocupada] en su mayor parte, por casas de prostitución”. La respuesta del ayuntamiento fue que no había proyecto al respecto, y “sin previa consulta” al DSP dicha calle fue pavimentada, “estableciendo por ella corrientes intensas de tráfico.”¹⁰⁶

La dinámica de esta zona había cambiado y el señor Antonio Martínez, que era propietario de una casa de departamentos de aquel rumbo, comenzó a gestionar junto con otros de los vecinos, el desalojo de las casas de asignación en Cuauhtemotzin. En respuesta a las quejas de los vecinos de Cuauhtemotzin y con base en el Reglamento de prostitución, en octubre de 1929 se integró una comisión con miembros del Departamento del Distrito Federal y el de Salubridad para delimitar en qué áreas de la ciudad de México sería permitido el ejercicio de la prostitución. La comisión estuvo integrada por el Dr. Alfonso

¹⁰⁶ AHSSA, SP, SJ, c. 17, exp. 19.

Pruneda,¹⁰⁷ el Ing. José Cerazo Galán y el Lic. Jesús González en representación del Departamento del Distrito Federal, y por parte de Salubridad estuvieron los doctores A. Ortiz Tirado y Salvador I. Álvarez, y el Lic. Enrique Monterrubio.

El establecimiento de zonas de tolerancia tenía como objetivo lograr un mayor control de las prostitutas al tenerlas reunidas en un sólo lugar. Para tener esta “ventaja médico social” la comisión encargada de estudiar el asunto concluyó que “deben aceptarse como zonas oficiales de tolerancia, las que actualmente existen consagradas por el uso, por ser ya conocidas y hasta aceptadas por el público como destinadas a tal objeto y con el mínimo de protestas”. A fin de cuentas, afirmaba la comisión, los vecinos “honrados” ya estaban acostumbrados y tomaban sus precauciones.¹⁰⁸

De acuerdo con la comisión encargada, exigir el cambio de las casas de prostitución a otra zona de la ciudad generaría protestas tanto de las prostitutas como de sus nuevos vecinos debido a los intereses económicos de unas, y morales de los otros. Por mejorar un rumbo, necesariamente se afectaba a otro y esto, que en alguna ocasión se intentó, generó quejas, amparos y escándalos, con ataques “injustos y despiadados” a las autoridades.¹⁰⁹

El dictamen de la comisión también tuvo en cuenta que el Reglamento de prostitución exigía a los dueños de las casas tener instalaciones sanitarias que eran costosas. Obligar la erogación de estos fuertes gastos para después forzar el desalojo no era justo. Mejor era ser prudentes y dejar las zonas como estaban, cuidando sus perímetros. La comisión sugirió que el Departamento Central colaborara con obstáculos a la entrada de las vías públicas donde estaban las casas de tolerancia para impedir el tráfico. Las autoridades

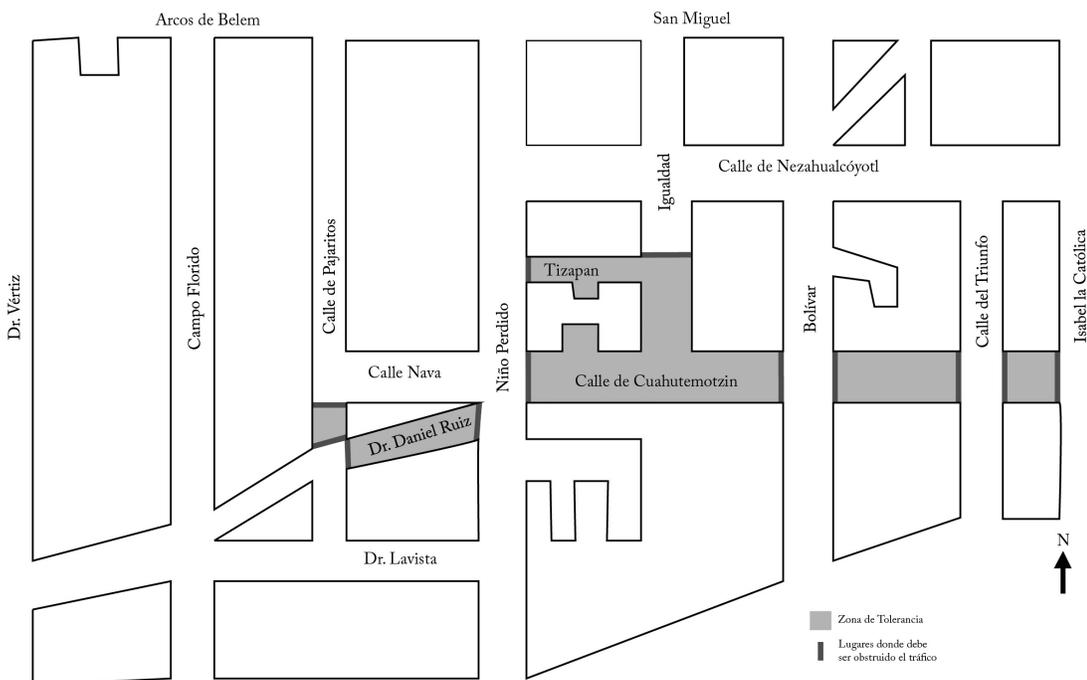
¹⁰⁷ Alfonso Pruneda (1879-1957) estudió medicina en su natal Ciudad de México. Fue practicante en el Hospital “Concepción Beistegui” y se graduó en 1902. Fue profesor en la Escuela Nacional de Medicina durante 48 años. Fue jefe de la sección de Secundaria, Preparatoria y Profesional de la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes (1905-1910) y jefe de la sección universitaria de dicha Secretaría (1910-1912). Fue director de la Escuela de Altos Estudios de la Universidad Nacional de México (1912-1913), hasta que en un accidente perdió una pierna. Fue rector de la Universidad Popular (1913-1922) y por algunos años, también director de la Escuela de Comercio y Administración (1918-1920). Fue secretario del DSP entre 1920 y 1924, y llegó a ocupar otros cargos en el mismo Departamento: jefe de la Oficina de Educación Higiénica (1938), Oficialía mayor (1938-1939). De 1924 a 1928 fue rector de la Universidad Nacional de México y de 1928 a 1930 fue director de Acción Cívica del Departamento del Distrito Federal. Fue jefe del Departamento de Bellas Artes de la Secretaría de Educación Pública (1931) y se desempeñó como director del Instituto Nacional de Pedagogía (1946), y director general de Difusión Cultural de la Universidad Nacional Autónoma de México (1947-1951) donde fortaleció la imprenta universitaria y Radio Universidad. Perteneció a numerosas agrupaciones médicas nacionales e internacionales. CÁRDENAS DE LA PEÑA, “Imagen del secretario perpetuo, doctor Alfonso Pruneda”, pp. 57-62.

¹⁰⁸ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 10. “Estudio de demarcación de la zona de tolerancia”.

¹⁰⁹ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 10. “Estudio de demarcación de la zona de tolerancia”.

también debían colaborar para evitar que en esa zona quedaran escuelas y fábricas, y la escuela “Dolores Correa Zapata” ubicada entre las casas de asignación, debía cambiar de domicilio o “prestar servicio a las mujeres de la zona”.¹¹⁰

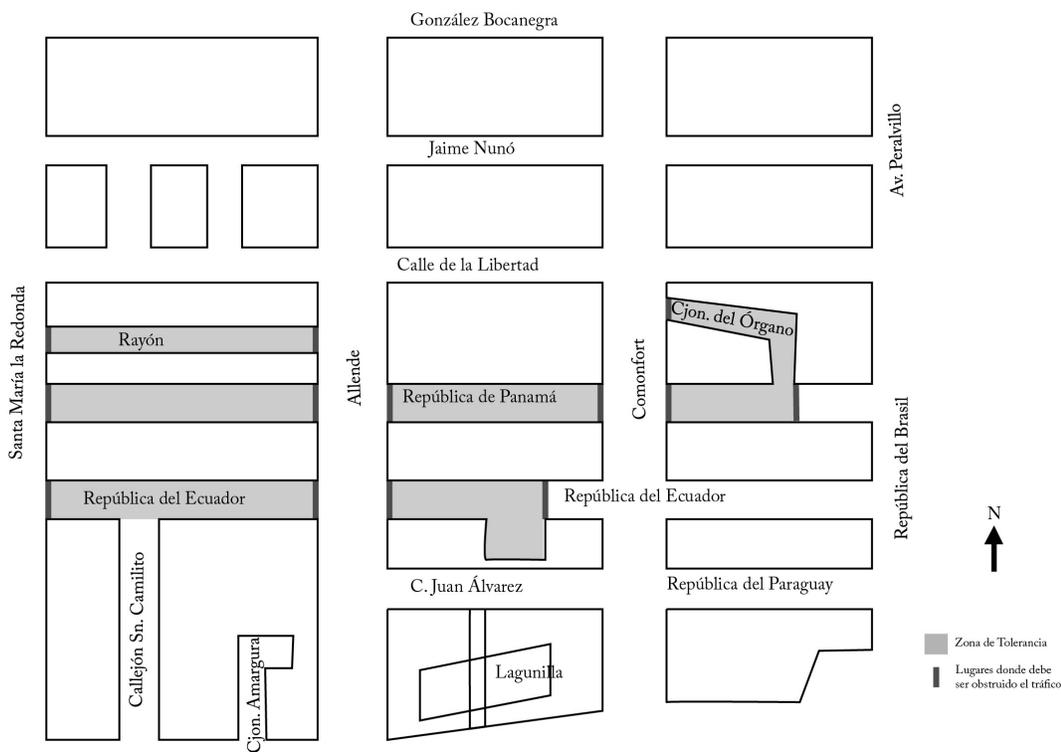
La comisión también sugirió que en lo sucesivo los Departamentos del Distrito Federal y de Salubridad aprobaran el establecimiento de casas de asignación y hoteles fuera de la zona de tolerancia, previo estudio de cada caso en particular. La colaboración de los Departamentos también se daría para mantener el orden de la zona, dejando los asuntos de policía y moral al “personal de vigilancia seleccionado” y la sanidad, al DSP. También serían objeto de un cuidado especial los hoteles clausurados por recibir prostitutas y que aparentaban cambiar de propietario para seguir en el negocio. Adicionalmente, la comisión propuso evitar la explotación de mujeres “débiles mentales” y menores de 14 años, así como la creación de un establecimiento que las atendiera y pudiera servir de “preventorio social”¹¹¹



Plano de la zona de tolerancia, basado en el elaborado por la comisión de estudio.
AHSSA, SP, SJ, c. 17, exp. 19.

¹¹⁰ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 10. “Estudio de demarcación de la zona de tolerancia”.

¹¹¹ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 10. “Estudio de demarcación de la zona de tolerancia”.



Plano de la zona de tolerancia, basado en el elaborado por la comisión de estudio.
AHSSA, SP, SJ, c. 17, exp. 19.

Este dictamen no resolvió las demandas de los vecinos de Cuauhtemotzin y al igual que otras medidas sanitarias relacionadas con la prostitución, generó quejas y resistencias. Los vecinos de la zona quizá estaban “acostumbrados a tomar sus precauciones”, pero lejos estaban de aceptar la situación. En noviembre de 1929 se integró la Junta de obreros, industriales, propietarios y vecinos calle Cuauhtemotzin y adyacentes “con el único fin de promover iniciativas y medidas para remover la zona de tolerancia”.¹¹²

Una de las primeras acciones de la Junta fue enviar una carta a nombre de “todos los interesados morales y materiales de la región de la ciudad afectada por la zona tolerancia”, dirigida a la Subcomisión de Mejoramiento de Ciudades y Centros de Turismo, dependiente de la Comisión Mixta Proturismo.¹¹³ En dicha carta del 14 de noviembre de 1929, la Junta pidió la colaboración de esta Comisión para lograr la reubicación de las casas de asignación de Cuauhtemotzin y sus alrededores. El argumento era que esta vía se había vuelto muy

¹¹² AHSSA, SP, SJ, c.17, exp. 19.

¹¹³ La Comisión Mixta Proturismo fue creada el 6 de julio de 1929 dependiente de la Secretaría de Gobernación con el objetivo de incrementar el turismo. PUJOL y TORRES, “El sistema constitucional, legal y reglamentario del turismo en México”, p. 376.

transitada gracias a su pavimentación, y por su ubicación era “paso obligado para turistas”, especialmente para quienes salían o llegaban por el campo de aviación, por Puebla o por las vías del Interoceánico. La Junta lamentaba la “desastrosa impresión que debe recibir el turista, cuando al llegar a la ciudad, advierte el espectáculo de desmoralización que ofrecen los prostíbulos al aire libre.” Por estas razones, los interesados consideraban pertinente la intervención de la Comisión Mixta Proturismo.¹¹⁴ A partir de la documentación consultada no es posible saber qué respuesta tuvo la Comisión ante esta petición, lo cierto es que los vecinos, propietarios y trabajadores quejosos continuaron insistiendo.

Los afectados por la zona de tolerancia también solicitaron al jefe del DSP que los recibiera para “explicarle los motivos fundados” de su petición. Sin embargo, su demanda no fue atendida y los quejosos afirmaban que “no hemos sido oídos”. Por lo mismo, en mayo de 1930 continuaron insistiendo al Dr. Rafael Silva,¹¹⁵ entonces jefe del DSP, porque consideraban que la Sección Sanidad y el Servicio Jurídico “no han contribuido en lo mas mínimo,” a encontrar una solución y creían que “una y otra han procedido en este asunto con mucho prejuicio y apasionamiento”.¹¹⁶

Para mayo de 1930 el presidente de la República ya estaba al tanto de la situación y el día 8 de ese mes Pascual Ortiz Rubio dio instrucciones para que “se solucionen a la mayor brevedad posible los diversos problemas que se han suscitado con motivo de actual zona tolerancia”. Aunque la orden ya estaba dada, una semana después, la Junta de obreros, propietarios y vecinos de Cuauhtemotzin envió una carta al presidente de la República con la esperanza de que su “elevadísima intercesión” pudiera por fin resolver esta situación. En dicha carta, la Junta de obreros afirmaba que “a pesar de esfuerzos y buenas razones” no habían logrado su propósito, y lejos de que la zona de tolerancia fuera retirada de Cuauhtemotzin, había aumentado. Sus esfuerzos se habían “agotado infructuosamente”, pues consideraban que, aunque al frente del DSP había gente “de gran intelectualidad”, los

¹¹⁴ AHSSA, SP, SJ, c.17, exp. 19.

¹¹⁵ Rafael Silva (1876-1944) obtuvo su título de médico en 1898 y pasó al Hospital Militar para continuar con sus estudios de especialización. Estuvo interesado por la oftalmología y la otorrinolaringología y visitó clínicas europeas especializadas en 1904. A su regreso a México estuvo en el Hospital de Ntra. Sra. De la Luz, donde fue director. Más tarde volvió a Europa comisionado por la SEP para estudiar la organización de las clínicas oftalmológicas. Fue miembro y presidente de la Academia Nacional de Medicina en 1928. *Diccionario Porrúa*.

¹¹⁶ AHSSA, SP, SJ, c.17, exp. 19.

jefes de los servicios que tenían a su cargo estas decisiones, procedían con prejuicio y pasión.¹¹⁷

Gracias a la “intercesión” de Ortiz Rubio, en octubre de 1930 se integró una nueva comisión que debía tratar “ampliamente” este asunto para llegar a una solución “favorable” que conciliara intereses.¹¹⁸ Independientemente del dictamen de esta comisión (que no aparece en el expediente), no hubo “milagro” a pesar de la “elevadísima intercesión”. Los vecinos de Cuauhtemotzin tuvieron que continuar lidiando con el ejercicio reglamentado de la prostitución y su zona de tolerancia. Es factible que las dificultades para trasladar las casas de asignación que expuso desde el principio la primera comisión en 1929 hayan impedido el cambio de la zona de tolerancia. Además, considerando las actitudes de las prostitutas frente a la nueva reglamentación, puede suponerse que ellas supieron resistirse de alguna forma. También es factible que, así como hubo funcionarios públicos que brindaron su protección a las prostitutas, algunos de ellos hubieran intervenido para evitar el traslado de las casas de asignación.

Como las zonas de tolerancia no habían cambiado, en octubre de 1933 el Sr. Rufino Lavín presentó un ocurso al DSP con un proyecto para “solucionar problema en lo económico como en lo jurídico.” El Sr. Lavín expuso que una “verdadera zona de tolerancia” debía estar en un lugar alejado y bajo el control de las autoridades. Cuauhtemotzin (llamada ya para entonces Fray Servando) era una vía bastante transitada “por toda clase de personas” y las medidas preventivas en la zona habían resultado inútiles. El “único medio eficaz” para resolver el problema –afirmaba– era el desalojo y traslado de las casas de asignación. Por ello sugirió la adquisición de un terreno de 12,000 m² en Nonoalco, para construir dentro de sus linderos un mínimo de 400 locales individuales, adecuados y acordes con la ley. Lavín se comprometía a cooperar en la “urbanización completa del lugar, si fuera necesario” y a que los trabajos de construcción estuvieran en un plazo que no excediera los seis meses desde su inicio. En compensación, el Departamento del Distrito Federal otorgaría la “determinación y fijación de la zona en terrenos de propiedad del peticionario”. La concesión tendría una vigencia mínima de 20 años y

¹¹⁷ AHSSA, SP, SJ, c.17, exp. 19.

¹¹⁸ AHSSA, SP, SJ, c.17, exp. 19.

quedaría exenta de contribuciones de dicho Departamento. Además, debía facultar al concesionario para establecer dentro de la zona cantinas y cabarets, y para ceder derechos a terceros, ya fueran personas físicas o morales. Los constructores o concesionarios tendrían un carácter de “meros propietarios y arrendadores de los locales sin contraer otro compromiso que el de la conservación de los mismos locales.”¹¹⁹

El Departamento del Distrito Federal consideró “conveniente” la ubicación del lugar para poder desalojar Cuauhtemotzin, y también planteó que los contratos los debía celebrar este Departamento sin la intervención de Salubridad. Por su parte, este último accedió a la petición, pero con la aclaración de que no sería la única zona de tolerancia y que “solamente se autorizará para hacer posible el proyecto del Departamento del Distrito Federal de desalojar prostíbulos en antiguas calles de Cuauhtemotzin, ahora Fray Servando Teresa de Mier, o de otros lugares a juicio de autoridad sanitaria”. Además, el DSP reservaría para sí la facultad de “fijar en cualquier tiempo otras zonas de tolerancia en lugares que considere prudentes”.¹²⁰

El entonces presidente de la República Abelardo Rodríguez también expresó su aprobación al proyecto de Lavín en un acuerdo verbal del 21 de febrero de 1934. Solo quedaba un pequeño detalle pendiente. El Reglamento para el ejercicio de la prostitución (art. 40, fracc. II) establecía que las zonas de tolerancia no podían ubicarse en lugares que tuvieran a menos de 200 metros edificios públicos, templos, cuartos, hospitales, cárceles, escuelas o industrias. Cerca del terreno en Nonoalco, a una distancia menor de la señalada por el Reglamento, estaba la fábrica de zapatos “Eclipse”.¹²¹ Pero como la entrada de esta última estaba a una distancia mayor de 200 metros, el problema se resolvió con un decreto presidencial publicado en Diario Oficial el 24 de mayo de 1934 que adicionaba la fracción II del artículo 40 para facultar al DSP para hacer los cálculos de las distancias de lindero a lindero o de puerta a puerta, según lo creyera conveniente.¹²²

A pesar de todos los arreglos y acuerdos entre Lavín, los Departamentos del DF, Salubridad y presidencia, este proyecto no llegó a concretarse como se había planeado. En

¹¹⁹ AHSSA, SP, SJ, c. 40, exp. 3.

¹²⁰ AHSSA, SP, SJ, c. 40, exp. 3.

¹²¹ AHSSA, SP, SJ, c. 40, exp. 3.

¹²² “Decreto que adiciona el Reglamento para el Ejercicio de la Prostitución”, p. 317.

esto tuvieron que ver los cambios administrativos que hubo con el gobierno del presidente Lázaro Cárdenas y la influencia cada vez mayor del abolicionismo en México. En 1935 el DSP ya tenía un proyecto de reglamento para la campaña antivenérea que suprimía el Reglamento de prostitución.¹²³ Para entonces, los funcionarios que apoyaban la creación de una zona de tolerancia en Nonoalco ya no formaban parte del gobierno y 6 años después de la aprobación de este proyecto se suprimió el Reglamento de 1926.

El DSP pretendió tener un mayor control sobre el ejercicio de la prostitución y esto cambió la forma en la que se llevaba a cabo el comercio sexual en la ciudad de México. Sin embargo, estas pretensiones no se limitaron a la capital de la República, sino que, en uso de sus facultades constitucionales, el DSP trató de regular la prostitución en todo el país por medio de un reglamento federal y de funcionarios sanitarios dependientes del mismo Departamento.

El reglamento federal y la prostitución en los estados

A pesar de la resistencia que el Reglamento para el ejercicio de la prostitución provocó durante su primer año de vigencia, el DSP no sólo no claudicó en sus esfuerzos por el control sanitario de esta actividad, sino que pretendió extenderlo por toda la República. En 1927 el DSP elaboró un borrador del Reglamento Federal para el ejercicio de la prostitución.¹²⁴ La Constitución de 1917 ya había dado las bases legales para las atribuciones ejecutivas del DSP en todo el país y el Código Sanitario de 1926 incluyó como parte del servicio sanitario federal la reglamentación de la prostitución (Libro primero, Capítulo tercero).

El Reglamento Federal tenía como objetivo “hacer una obra de higiene social, que impida en todo lo posible la propagación de las enfermedades, especialmente las sifilíticas y las venéreas, que tienen su principal origen en el comercio sexual clandestino.”¹²⁵ El cumplimiento de este reglamento sería atribución de la inspección sanitaria y de las delegaciones sanitarias en los estados.

¹²³ AHSSA, SP, SJ, c. 43, exp. 1.

¹²⁴ AHSSA, SP, SJ, c. 13, exp. 2.

¹²⁵ AHSSA, SP, SJ, c. 13, exp. 2.

El DSP solicitó al jefe de la Inspección Sanitaria del Distrito federal y a los delegados sanitarios su opinión acerca del contenido del borrador del Reglamento federal para el ejercicio de la prostitución. Éste fue objeto de diversas revisiones y minuciosas observaciones de parte de dichos funcionarios federales, pero no llegó a publicarse en el Diario Oficial. Lejos de aprobar la reglamentación federal de la prostitución, el Código Sanitario de 1934 ya no incluyó a la prostitución en los capítulos referentes a la administración sanitaria federal.

La resistencia de las autoridades locales (y de las mismas prostitutas, quizá), aunado a la falta de coordinación entre funcionarios y las múltiples atribuciones de los delegados federales fueron factores importantes para que el reglamento federal no se publicara en el Diario Oficial. A pesar de ello, hubo autoridades sanitarias federales que buscaron el control sanitario de las prostitutas en varios lugares del país, por lo menos en 1927.¹²⁶

Las dificultades entre las autoridades locales y las federales para coordinar las acciones sanitarias relativas a la prostitución quedaron de manifiesto cuando un grupo de médicos inspectores sanitarios dirigidos por A. de la Garza Brito hicieron una visita a varios estados de la República para valorar el problema de la prostitución en la República. Durante 1927 recorrieron varias poblaciones de Aguascalientes, Zacatecas, Querétaro, Guanajuato, Puebla, Estado de México, Coahuila, Durango y Michoacán.

En casi todas las poblaciones que visitaron, los inspectores sanitarios encontraron situaciones de corrupción, complicidad, desorden, indisciplina e inmoralidad. Sólo en Puebla y Toluca parecía haber cierto rigor en la aplicación de los reglamentos. A pesar de ello y de la “buena intención” de las autoridades en Toluca, la influencia de militares impedía contrarrestar la clandestinidad. En el resto de los lugares, el reglamento –decían los inspectores sanitarios– era “letra muerta”.¹²⁷

En Aguascalientes, Zacatecas, Fresnillo, Querétaro, Guanajuato, León, Silao, Irapuato, Cortazar, Torreón, Durango y Morelia, los inspectores sanitarios encontraron diversas irregularidades que en más de una ocasión provocaron dificultades entre las

¹²⁶ Cabe destacar que a pesar de que los inspectores sanitarios federales llevaron a cabo acciones en provincia basándose en el *Reglamento federal para el ejercicio de la prostitución*, éste todavía estuvo en revisión por lo menos hasta febrero de 1928. AHSSA, SP, SJ, c. 13 exp. 2.

¹²⁷ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 5.

autoridades locales y federales. Según afirmaban estas últimas, en algunas poblaciones como Aguascalientes, León, Zacatecas, Jerez y Sombrerete, políticos y militares del lugar protegían a las prostitutas y cuando los inspectores sanitarios federales trataban de aprehender a varias clandestinas, ellos lo impedían.

Los inspectores de sanidad federal también se quejaron de las pésimas condiciones en las que se llevaban a cabo las inspecciones sanitarias en los estados, así como de la relación irrespetuosa de las prostitutas con las autoridades estatales y municipales. Describían los locales en los que se realizaba la inspección sanitaria como “de lo más asqueroso y antihigiénico que se pueda concebir” (León), “antro digno de figurar en las paginas del infierno de Dante” (Querétaro), “cuchitril” (Durango) y “local inmundo” (Morelia). Además, en lugares como Querétaro o Morelia el trato de las prostitutas y los médicos de la inspección era “vergonzoso” por su familiaridad y falta de respeto, que iba de los “epítetos cariñosos” hasta los insultos. La “inmoralidad” de los médicos locales había llegado al extremo en Querétaro, donde analizaron a diez mujeres con el mismo espejo sin lavarlo ni desinfectarlo en presencia de los funcionarios federales,¹²⁸ quienes por cierto, no hicieron nada por impedirlo.

Otra de las dificultades que los inspectores sanitarios encontraron en varios de los lugares visitados fue que algunos de los encargados del control prostibulario sacaban provecho de su cargo en detrimento de la lucha antivenérea. El ejemplo más claro lo encontramos en Durango, donde las prostitutas pagaban uno o dos pesos para que se asentara que estaban sanas sin siquiera pasar por el reconocimiento médico. Ahí, una prostituta relató a los inspectores sanitarios que en alguna ocasión se presentó al examen médico sin dinero y se le consignó por “tener chancro”. Al día siguiente consiguió dos pesos y salió “sana”.¹²⁹

Aunque los inspectores de sanidad afirmaban que sus acciones trataban de resolver problemas mediante la aplicación del reglamento, también generaron inconvenientes que necesariamente cambiaron la forma en la que se ejercía la prostitución en algunos lugares. Así, por ejemplo, la persecución de clandestinas en Aguascalientes hizo que varias mujeres

¹²⁸ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 5.

¹²⁹ AHSSA, SP, IAV, c. 3, exp. 5.

migraran a otros sitios en donde la acción sanitaria fuera menos rigurosa. En Querétaro, los esfuerzos de los inspectores federales por evitar la venta de alcohol en las casas de asignación rindieron frutos, sin embargo,

se ha convertido a algunas casas de asignación en los llamados cabarets, en donde se expende toda clase de bebidas embriagantes y disimuladamente se ejerce prostitución, formándose así un nuevo problema que antes no existía.

Los informes de los inspectores federales de sanidad proporcionaron información valiosa. Dieron cuenta de la edad, el lugar de origen y la instrucción de las prostitutas en los lugares visitados. Además, los inspectores indagaron si dichas mujeres tenían o no conocimientos acerca de las enfermedades venéreas.¹³⁰

La edad de las prostitutas en los distintos lugares oscilaba entre los 13 y los 40 años, si bien la mayoría era menor de 20. Los inspectores reportaron que en Morelia el 90% tenían menos de 18 años. En el Distrito Federal la situación era similar, pues las prostitutas también eran mujeres muy jóvenes. De acuerdo con Katherine Bliss, las meretrices no solían aguantar más de diez años en el negocio debido al desgaste del cuerpo y la pérdida del “atractivo”.¹³¹

Un aspecto en común entre las mujeres de las casas de asignación de tercera o ínfima categoría de las poblaciones visitadas era la relación entre pobreza, escasa o nula instrucción y falta de oficio aparte de la prostitución. El origen social de estas mujeres era humilde y antes de dedicarse al “comercio carnal” la mayoría habían sido domésticas, aunque también se encontraban algunas empleadas, meseras, damas de compañía, costureras y viudas (Durango), así como alguna farmacéutica y una enfermera (Torreón).

Las mujeres que se dedicaban a la prostitución cuando el reglamento de 1926 fue aprobado, vivieron las consecuencias económicas y sociales de las batallas libradas durante la Revolución. Muchas nacieron y otras de ellas crecieron en este contexto marcado por la guerra, donde la violencia, el paso de los ejércitos y la carestía afectaron a miles de

¹³⁰ El análisis de esta parte del texto tiene como base los informes de los inspectores sanitarios en AHSSA, SP, IAV, c. 3 exp. 2. En lo sucesivo omitiré la referencia, pero la información presentada, salvo que se indique lo contrario, es de dicha fuente.

¹³¹ BLISS, *Compromised Positions*, p. 199. Después de dedicarse a la prostitución, según indica Bliss con base en sus fuentes, las opciones de estas mujeres eran limitadas. Entre ellas, irse a vivir con un hombre, ser matrona, buscar trabajo en labores no calificadas, servidumbre doméstica o trabajo informal.

personas. En los años más álgidos de la guerra hubo en la ciudad de México desabasto e incremento de los precios de alimentos básicos como el maíz, la carne, la leche, entre otros. Las estrategias militares,¹³² la destrucción de vías de comunicación y la afectación de los medios de producción dificultaron la circulación de tales productos.¹³³ Hay testimonios de que en esos años de la lucha armada las condiciones de vida en la ciudad de México eran tan malas que llevaron a mujeres de todas las edades a prostituirse a cambio de comida y hospedaje.¹³⁴ Por ello, no es de extrañar que las prostitutas fueran jóvenes de orígenes humildes.

En las casas de asignación de primera, o incluso de segunda categoría, se encontraban más mujeres que sabían leer y escribir, y que realizaban otras actividades además de la prostitución. Según los informes, Puebla era la ciudad donde las casas de asignación de primera tenían las mejores condiciones. Ahí, el 96% sabía leer y escribir y la mayoría habían trabajado de taquimecanógrafas o modistas y una de ellas fue enfermera del Hospital Morelos. El resto eran obreras y “seducidas”.

Una característica común a varias de las mujeres de las casas de asignación de las distintas categorías era que habían sido “seducidas”, “deshonradas” y “arrojadas del seno de la familia”. En Aguascalientes y Zacatecas se indicaba que fueron militares los causantes de las desgracias de estas mujeres. Por otra parte, sólo en Durango encontramos información de mujeres que vivían con sus familias y en las noches acudían a las casas de citas para prostituirse.

El lugar de origen era variado. En ocasiones las casas de asignación alojaban a mujeres de la misma población o de sitios aledaños. En Aguascalientes había mujeres de pueblos y rancherías cercanas que habían sido “sacadas por sus galanes o por soldados”. En Zacatecas, el 93% eran originarias Jerez, Fresnillo y Chalchihuites y eran “todas hijas de familias deshonradas por militares”. El paso de los ejércitos en las batallas libradas durante la Revolución seguramente trajo consigo numerosas violaciones y tal vez algunas “seducciones” que lejos de motivar consideraciones por las mujeres ultrajadas, provocaron

¹³² RODRÍGUEZ, *Historia del desasosiego*, p. 109. Rodríguez Kuri se refiere particularmente a “uno de los periodos más dramáticos de la historia” de la ciudad de México acaecido entre el 10 de marzo y el 1 de agosto de 1915, provocado por los enfrentamientos entre carrancistas y zapatistas.

¹³³ ULLOA, “La lucha armada (1911-1920)”, p. 783.

¹³⁴ BLISS, *Compromised Positions*, p. 71.

la “pérdida del honor” y su expulsión del seno familiar. Solas y sin dinero, y muchas de ellas con una escasa o nula instrucción, vieron en la prostitución una opción –o quizá la única– para sobrevivir.¹³⁵

Había prostitutas que iban de un estado a otro, según las circunstancias. En algunos lugares la migración era más común, como Torreón, donde la población flotante era elevada y continua, de manera que llegaban mujeres de diferentes lugares, principalmente de Guadalajara y Baja California. En León la mayoría era de Jalisco, y en Puebla, de la ciudad de México.

Cabe destacar que los inspectores de sanidad no hicieron referencia a la presencia o ausencia de prostitutas extranjeras en los lugares que visitaron. En cambio, en el Distrito Federal había en 1927, para molestia de algunas prostitutas mexicanas, 156 mujeres extranjeras registradas, de las cuales 68 eran francesas, 29 alemanas, 14 polacas, 9 de los Estados Unidos, y el resto de diferentes países.¹³⁶

Los inspectores de sanidad se interesaron por el conocimiento que tenían las “mujeres públicas” en los estados acerca de las enfermedades venéreas, su prevención y curación. La tendencia general no era alentadora debido a la ignorancia y a las ideas erróneas sobre el tema, que se sumaban a la carencia de medios de prevención. Aun así, en Torreón las prostitutas tenían “una idea aproximada” y procuraban examinar a sus clientes, y en Puebla las mujeres de primera clase tenían “instrucciones sobre la manera de evitar las enfermedades venéreas y [tomaban] precauciones con este objeto”. El problema ahí era que los irrigadores para el aseo genital eran de caucho sin cánula y en ocasiones eran compartidos. En Puebla, sólo dos mujeres de primera clase se habían reportado enfermas durante nueve meses.

En otros lugares había algunos medios de higiene sexual, pero en el mejor de los casos, éstos nunca eran suficientes. Irrigadores, palanganas y cazuelas, generalmente compartidos, eran utilizados. En lugares como Morelia y Querétaro también eran parte de su aseo el permanganato de potasio, el jabón y el alcohol.

¹³⁵ Fabiola Bailón realizó un interesante estudio acerca de la prostitución como un negocio, una opción laboral y un “recurso de supervivencia”. También analizó la relación entre la prostitución y el trabajo doméstico en la ciudad de Oaxaca durante el Porfiriato. BAILÓN, “Trabajadoras domésticas y sexuales”, pp. 68-117.

¹³⁶ BLISS, “Prostitution, Revolution and Social Reform”, p. 102.

A juicio de los inspectores federales era peor el desconocimiento y las ideas erróneas sobre las enfermedades venéreas, que la falta de medios adecuados para la prevención. En Zacatecas, por ejemplo, las prostitutas con quienes hablaron los inspectores sanitarios creían que la gonorrea se debía a “excesos sexuales o a la ingestión de ciertos alimentos”. Además –decía el jefe de los médicos inspectores– “la mayoría en esta ciudad me indicaron que la mejor manera de ‘desinfección’ era con el jabón ‘606’, teniendo la idea de que los lavados vaginales las predisponen a la anterior enfermedad”.

Por otra parte, en Toluca una de las prostitutas relató que

se había enfermado de la garganta y bubones (incordios) por haber salido después de entregarse a un hombre a la lluvia y de haberse dejado secar la ropa en el cuerpo, y la mayoría cree en que la principal causa son los excesos sexuales o la ingestión de bebidas alcohólicas.

Las autoridades sanitarias hicieron énfasis en la ignorancia y las falsas creencias sobre las enfermedades venéreas. Esto reforzó la idea de la necesidad de llevar a cabo una intensa campaña de propaganda higiénica, tanto a la población en general, como a las prostitutas. Por otra parte, de alguna manera restaba importancia a la falta de acceso a los medios básicos de higiene y prevención, empezando por el agua.

Los inspectores sanitarios resaltaron que en los lugares en los que las prostitutas tenían nociones sobre la prevención de las enfermedades venéreas, la incidencia de las mismas había sido menor. Tal era el caso de Puebla, donde contrastaba la cantidad de dos mujeres enfermas de la primera clase –que eran las más instruidas– contra “un buen número” de las que carecían de conocimientos y que tenían que ingresar al hospital por males venéreos. La cantidad precisa en este caso no era lo más relevante para los inspectores de sanidad, sino la relación entre conocimiento-prevención e ignorancia-enfermedad. Tampoco pareció ser importante en esta comparación el hecho de que unas fueran de “primera clase” y el resto no.

Las “mujeres públicas” fueron el centro de la atención de los inspectores de sanidad, sin embargo, la prostitución masculina también estaba presente, por lo menos en algunos lugares. En Torreón, los inspectores reportaron la presencia de un par de “afeminados” en un burdel, que por las mañanas hacían “faenas domésticas” y por la noche se dedicaban a la

prostitución y “ejercían la pederastia”. También informaron que tenían conocimiento de que tanto en Torreón y como en Durango había una casa habitada “exclusivamente por afeminados” que pagaban su “derecho de cabaret”.

A pesar de que los inspectores se dieron cuenta ello, no tuvieron el mismo empeño en llevar a cabo sus acciones sanitarias con los “afeminados” que con las prostitutas y sus casas. En general, el tema de la prostitución masculina fue poco discutido entre médicos y eugenistas. Es posible que esto se debiera a una menor incidencia de prostitución masculina que femenina y a que la primera seguramente fue ejercida de forma más discreta. Sin embargo, destaca la actitud de los inspectores, quienes se limitaron a señalar la presencia de hombres prostituyéndose, pero sin tratar de indagar más o controlar a estos “afeminados”. ¿Se trataba de un asunto tan vergonzoso que preferían pasar por alto? ¿Lo consideraban tan marginal que no merecía atención? ¿Los “afeminados” no fueron asociados con las enfermedades venéreas de la misma manera que las prostitutas por tratarse de varones y no de mujeres? Resulta difícil dar respuesta a tales interrogantes, lo cierto es que en la sociedad mexicana había prácticas y preferencias sexuales diversas que quedaron de manifiesto tanto en la oferta como en la demanda del sexo pagado.

Las casas de asignación en los diferentes lugares fueron objeto de observaciones más cuidadosas. Las casas de “tipo común” contaban con recámaras, una sala de baile y con frecuencia tenían una cantina, pues prácticamente en todas se expendía alcohol. En Zacatecas, Querétaro, Toluca y Morelia se especificaba que las casas tenían el piso de ladrillo y las paredes pintadas de cal. Era frecuente que en las habitaciones hubiera varias camas, aún en las de primera categoría. En algunas casas de tercera, las prostitutas no sólo compartían la recámara, sino incluso la cama (hasta tres en Puebla). El inodoro era por lo común de tipo “fosa negra” y no solían contar con baño, por lo que algunas se aseaban en el patio (Toluca) y otras que podían pasar meses sin recibir un baño. Donde sí lo había, las mujeres debían pagar por él.

En Durango y Puebla se encontraban excepciones. Las casas de primera clase eran de aspecto “por demás elegante”. En Puebla había una casa de asignación con habitaciones para cada una de las prostitutas, con muebles elegantes, piso de madera, paredes empapeladas y cielo raso. Ahí, los “servicios sanitarios eran modernos y aceptables”. En

Durango había una casa de asignación a cargo de una joven que había sido prostituta en la ciudad de México. Esta casa contaba con un “hall de baile, una cantina montada a todo lujo, jardín y recamaras bastante bien acondicionadas.”

La tarifa desde luego variaba según el lugar y la categoría de las casas, y en general iba desde 25 centavos hasta 10 pesos. Durango era el lugar más caro, ahí los clientes pagaban de 5 a 10 pesos, eso sí, las encargadas se quedaban con el 75%. En Torreón y Puebla las tarifas eran de 10 pesos en las casas de primera y de dos en las de ínfima. La diferencia era que en Puebla las encargadas dejaban para sí el 50%, en tanto que en Torreón se quedaban con el 60 o 75% de la ganancia, incluso con el 100% a cambio de habitación, alimento y vestidos. En Zacatecas se cobraban hasta 10 pesos a los extranjeros que trabajaban en las minas y cinco a los nacionales, aunque en “tiempos malos” bajaba hasta dos pesos. En las casas de ínfima categoría, tan sólo se cobraban 30 centavos.¹³⁷

En lugares como Aguascalientes, Querétaro, León y Toluca la tarifa máxima era de cinco pesos y la mínima de 50 centavos. Morelia era la ciudad en la que se pagaba menos, debido a las “condiciones económicas desastrosas”: desde tres o cuatro pesos en las casas de primera, hasta 25 centavos en las de ínfima. Se puede apreciar que aún entre las casas de la misma categoría de varios de estos lugares existía una diferencia notable. La variante regional resulta muy importante, así como las actividades económicas, como se ve claramente en el caso de Zacatecas con la minería.

Las observaciones de los inspectores sanitarios federales en los estados, así como la experiencia en la regulación sanitaria del “comercio carnal” en la capital, sirvieron al DSP para elaborar el Reglamento federal para el ejercicio de la prostitución en la República Mexicana. El DSP buscaba un mayor control de esta actividad, desde luego por sus implicaciones sanitarias, pero también como parte de una creciente centralización de la administración pública. Los complejos procesos de centralización involucraron no sólo lo relativo a la salud, sino también al ejército, educación, hacienda, entre otros. Aunque estas tendencias con fines modernizadores venían desde finales del siglo XIX, cobraron mayor

¹³⁷ Como referencia, puede mencionarse que en 1921, un albañil, un carpintero o un pintor ganaban alrededor de dos o tres pesos diarios. SOSENSKI, “Diversiones malsanas”, p. 41.

impulso después de la Revolución. Los gobiernos emanados de ella, buscaron unificar y normar criterios administrativos bajo la dirección de la federación.¹³⁸

En el caso de la prostitución, los intentos de regulación sanitaria federal no prosperaron y cada estado tuvo su propia legislación. Algunos estados como Chihuahua¹³⁹ optaron por seguir con la reglamentación de la prostitución. En cambio, hubo otros en los que se buscó implementar el prohibicionismo o el abolicionismo como Yucatán, Tabasco, Veracruz y Coahuila.¹⁴⁰ Las ideas reformistas en contra del vicio y la desfanatización fueron características en común de los gobernadores de dichos estados.

Algunos “ensayos” de prohibicionismo y abolicionismo en los estados

En Yucatán, el gobierno del general constitucionalista Salvador Alvarado (1915-1918)¹⁴¹ promovió diversas reformas, entre ellas las leyes Agraria, de Hacienda, del Trabajo, del Catastro y del Municipio Libre, conocidas como las “Cinco Hermanas”. Otras disposiciones legales tuvieron el propósito de erradicar los vicios y promover el orden, como la prohibición de la venta y consumo de alcohol, de las peleas de gallos, las corridas de toros, la lotería, las rifas y la prostitución.¹⁴² Esta última fue prohibida por decreto de 6 de octubre de 1915, el cual ordenaba la supresión de los burdeles, la cancelación de las deudas contraídas por las prostitutas con las matronas y la pena de prisión a los hombres que padeciendo una enfermedad contagiosa tuvieran relaciones sexuales con una meretriz.¹⁴³

¹³⁸ ARNAUT, La federalización educativa en México. LOYO, “Los mecanismos de la ‘federalización’ educativa”. LOYO, *Joaquín Amaro*. ABOITES, *Excepciones y privilegios*.

¹³⁹ *Reglamento de tolerancia aprobado por el Ayuntamiento de Chihuahua el 11 de diciembre de 1927*.

¹⁴⁰ “La nueva legislación antivenérea”, p. 129. Hasta el momento no he encontrado información sobre la prohibición o abolición de los reglamentos en Coahuila.

¹⁴¹ Salvador Alvarado (1879-1924) era oriundo de Culiacán, Sinaloa. Participó en conspiraciones contra el gobierno de Porfirio Díaz y posteriormente tuvo que huir a Estados Unidos. Regresó a México apoyado por Madero. Estuvo en contra del efímero gobierno de Victoriano Huerta. Tuvo ascensos militares durante el gobierno de Venustiano Carranza. Fue nombrado gobernador de Yucatán en 1915 y en 1919 solicitó licencia para retirarse del cargo, pero le fue negada y fue aprehendido. En 1920 salió a los Estados Unidos, pero regresó ese mismo año, afiliado al Plan de Agua Prieta. Fue Secretario de Hacienda durante el gobierno presidencial provisional de Adolfo de Huerta y participó con él en la rebelión delahuertista de 1923. La lucha armada lo obligó a salir nuevamente del país, y cuando regresó a México por Tabasco fue asesinado. *Diccionario Porrúa*.

¹⁴² BOILS, “El movimiento de los trabajadores en Yucatán”, pp. 621-649.

¹⁴³ CORTINA, “Los congresos feministas de Yucatán en 1916”, p. 172.

La prohibición de la prostitución en Yucatán formó parte de la búsqueda de la redención de la población, en especial, de las mujeres. Alvarado consideraba que era necesario “redimir a la mujer de las viejas tutelas” y darle trabajo, educación y derechos. Este interés también se vio reflejado en su convocatoria al Primer Congreso Feminista que se celebró en Mérida en enero de 1916 y en el Segundo Congreso Feminista de diciembre de ese año.¹⁴⁴ Como se verá más adelante, estos congresos tuvieron gran interés en el tema de la prostitución.

Varios simpatizantes del socialismo¹⁴⁵ quedaron al frente del gobierno de Yucatán en los años siguientes, y aunque algunos de ellos como Tomás Garrido Canabal¹⁴⁶ y Felipe Carrillo Puerto¹⁴⁷ expresaron su apoyo a la abolición de la prostitución y a los derechos de las mujeres, el control prostitalario fue retomado brevemente.

El 15 de junio de 1927 el Diario Oficial de Yucatán publicó un nuevo decreto que modificaba los códigos sanitario, penal y del registro civil para suprimir el reglamento de prostitución. Este decreto ordenaba: 1) castigar con un año de prisión a quienes sostuvieran un prostíbulo o tomaran parte de la trata de mujeres; 2) establecer seis meses de arresto a quienes vivieran en prostíbulos, y 3) exigir el certificado médico prenupcial.¹⁴⁸

El 15 de septiembre de 1931 fue expedido un nuevo Código Sanitario en Yucatán que estableció que el control de las enfermedades transmisibles por contagio sexual sería

¹⁴⁴ CORTINA, “Los congresos feministas de Yucatán en 1916”, p. 172. *El Primer Congreso Feminista de Yucatán*. “Primer Congreso Feminista de Yucatán”, pp. 285-287. CANO, “Más de un siglo de feminismo en México”.

¹⁴⁵ Acerca del socialismo en Yucatán, véase PAOLI y MONTALVO, *El socialismo olvidado de Yucatán*.

¹⁴⁶ Tomás Garrido Canabal (1890-1943) nació en Chiapas y estudió derecho en Campeche. Salvador Alvarado lo nombró vocal de la Junta Revisora de Procesos Penales en Mérida y posteriormente F. J. Múgica, gobernador interino de Tabasco, lo designó jefe del Departamento Legal del gobierno de ese estado. En 1917 fue juez de Distrito en Villahermosa, gobernador interino de Tabasco en 1919 y constitucional en 1923. Fue senador en 1926, año en que fue objeto de un atentado en la ciudad de México. Estuvo algún tiempo en Estados Unidos y regresó en 1927. Fue secretario de Agricultura y Fomento en el gobierno de Cárdenas. Fundó el grupo llamado “camisas rojas”, el cual provocó un choque sangriento en Coyoacán en 1934. Luego de que Calles saliera de México, Garrido emigró a Costa Rica, donde se dedicó a la agricultura. Volvió al país en 1940 y murió en Los Ángeles, California. *Diccionario Porrúa*.

¹⁴⁷ Felipe Carrillo Puerto (1872-1924) nació en Yucatán y participó en la fundación del Partido Socialista del Sureste. Véase PAOLI y MONTALVO, *El socialismo olvidado de Yucatán*. Carrillo Puerto fue gobernador de su estado natal (1922-1924). Reconoció los derechos políticos de las mujeres y apoyó el feminismo. Junto con su hermana Elvia establecieron ligas feministas en el estado. Favoreció la publicación de un folleto sobre anticoncepción de Margaret Sanger, a quien invitó a Yucatán para crear unas clínicas el control de la natalidad. Aprobó la ley de divorcio. Fue derrocado por la rebelión delahuertista y fusilado en enero de 1924. MACÍAS, *Contra viento y marea*, pp. 109 y ss. Acerca del divorcio en Yucatán, SMITH, ““Si el amor esclaviza ¡maldito sea el amor!””, pp. 153-171.

¹⁴⁸ “Reformas a los códigos Sanitario, Penal y del Registro Civil”, p. 1.

objeto de un reglamento que elaboraría el Departamento de Sanidad del estado. Al menos hasta 1935 no se tenía tal reglamento y continuó en vigor el decreto de 1927, relativo a la supresión del reglamento de prostitución.¹⁴⁹ No obstante, en Mérida siguieron funcionando las casas de citas y prostíbulos, según lo reportó en 1935 el delegado sanitario federal al DSP. El control de las mujeres que ejercían la prostitución ya no era sanitario, sino sólo “en lo que respeta a la moral y orden públicos.”¹⁵⁰

En Tabasco hubo campañas de desfanatización, contra los vicios y a favor de la educación y de la mujer. Durante el gobierno de Tomás Garrido Canabal fue aprobado el voto de la mujer y se promovió la “escuela racionalista”, la cual pretendía basar su sistema pedagógico en principios científicos.¹⁵¹

Entre 1923 y 1924 Tabasco fue escenario de la lucha armada entre los grupos obregonistas que sostenían la candidatura presidencial de Plutarco Elías Calles y sus opositores, que apoyaban a Adolfo de la Huerta.¹⁵² Los delahuertistas fueron derrotados en 1924 y las tendencias reformistas en Tabasco continuaron. A pesar de la oposición que generó el gobierno de Garrido Canabal,¹⁵³ bajo su influencia se aprobó la “Ley contra los vicios” el 31 de mayo de 1928 y la “Ley seca” el 30 de abril de 1931. También se llevó a cabo la campaña Pro Mujer y en contra de la prostitución.¹⁵⁴

¹⁴⁹ AHSSA, SP, P, S, c. 12, exp. 17.

¹⁵⁰ AHSSA, SP, P, S, c. 12, exp. 17.

¹⁵¹ La escuela racionalista promovía la autoeducación, el desarrollo biogenético del niño, la solidaridad, la escuela mixta y la “decidida extirpación de los principios teológicos”. MENA, “Sólo la Escuela Racionalista educa”, pp. 119-141.

¹⁵² Adolfo de la Huerta (1881-1954) nació en Guaymas, Sonora. Estudió contabilidad y música. Fue opositor al gobierno de Porfirio Díaz y en 1913 fue nombrado Oficial Mayor de la Secretaría de Gobernación por Carranza. También fue gobernador provisional de Sonora entre 1916 y 1917, senador de ese estado entre 1918 y 1922 y cónsul general de México en Nueva York. Fue gobernador constitucional de Sonora en 1919. Apoyó el Plan de Agua Prieta y fue presidente provisional de junio a diciembre de 1920, cuando fue nombrado ministro de Hacienda. Fue precandidato al gobierno de la República, en oposición a Obregón y Calles. A fines de 1923 desconoció al gobierno y dio inicio la llamada rebelión delahuertista. El movimiento fracasó y De la Huerta se exilió en Los Ángeles, California. *Diccionario Porrúa*.

¹⁵³ MARTÍNEZ, *Breve Historia de Tabasco*.

¹⁵⁴ DE GIUSEPPE, “El Tabasco racionalista frente a lo indígena”, pp. 643-706.

En Veracruz, el gobierno de Adalberto Tejeda¹⁵⁵ también enfrentó la rebelión delahuertista. Tejeda impulsó diversas reformas sociales, apoyó la campaña anticlerical y promovió una reforma agraria.¹⁵⁶ En julio de 1932 Tejeda promovió la aprobación de la ley 121 sobre la esterilización eugénica y la creación de una Sección de Eugenesia e Higiene Mental, adscrita a la Dirección de Salubridad del Estado.¹⁵⁷

El 30 de agosto de 1930 fue aprobada la ley 362 que prohibía la prostitución en el estado de Veracruz. La ley también incluyó el tratamiento obligatorio, la penalización del contagio venéreo (multas hasta 300 pesos o prisión de 15 días) y la declaración obligatoria. Además, ordenaba el establecimiento de dispensarios y la impartición de “los conocimientos necesarios y apropiados de educación sexual” a los habitantes del estado.¹⁵⁸ Esta ley iba mucho más allá de lo relativo a la prostitución y planteaba toda una serie de medidas sanitarias encaminadas a la prevención de las enfermedades venéreas. No obstante, la ley era apenas un esbozo de un plan sanitario que exigía modificaciones en la legislación estatal civil, penal y educativa, así como recursos económicos que hicieran posible su implementación.

La ley 362 tuvo una fuerte oposición y antes de que Tejeda dejara el gobierno del estado ya circulaban en la prensa rumores sobre la posible derogación de la misma. Por ello, el 24 de mayo de 1932 el jefe de la Unidad Sanitaria de Veracruz envió al Congreso local una carta para solicitar a los diputados que no modificaran la ley 362 y no permitieran volver a “implantar tan detestable sistema” de la prostitución regulada. Argumentaba la inutilidad de los reglamentos, la responsabilidad de Estado en los contagios, la falta de control de los hombres y el aumento de personal sanitario y policiaco que tal medida implicaría. La iniciativa del jefe de la Unidad Sanitaria, sin embargo, no fue vista con

¹⁵⁵ Adalberto Tejeda (1883-1960) nació en Chicontepepec, Veracruz. Fue maderista. Posteriormente fue diputado en el Congreso Constituyente en 1917 y senador de 1917 a 1920. Ocupó diversos cargos públicos. Tuvo dos periodos de gobierno del estado de Veracruz: 1920-1924 y 1928-1932. Entre estos dos periodos fue funcionario del gobierno de Calles, secretario de Comunicaciones y Obras Públicas (1924) y secretario de Gobernación (1925-1928). También fue ministro plenipotenciario en Francia (1935-1937), embajador en España (1937-1939) y embajador en Perú (1942). *Diccionario Porrúa*.

¹⁵⁶ GINZBERG, “Ideología, política y la cuestión de las prioridades”, pp. 55-85. FALCÓN, “Veracruz: los límites del radicalismo en el campo”, pp. 671-698. BANTJES, “Idolatry and Iconoclasm in Revolutionary Mexico”, pp. 87-120.

¹⁵⁷ No hay registros que indiquen si esta ley fue puesta en práctica, SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, *Eugenesia y racismo en México*, pp. 130-132.

¹⁵⁸ AHSSA, SP, P, S, C. 12, exp. 17.

buenos ojos por el Departamento de Salubridad, quien le pidió encarecidamente al jefe de la Unidad Sanitaria que se abstuviera de intervenir en el asunto, pues “el poder legislativo del Estado debe obrar con absoluta libertad”.¹⁵⁹

La ley 362 tuvo vigencia hasta enero de 1943, cuando fue publicada la “Ley relativa a la prostitución y de profilaxis social” que volvía al “detestable sistema” de permitir y regular el comercio sexual en los inmuebles ubicados en la zona de tolerancia.¹⁶⁰

A pesar de la legislación abolicionista de Veracruz, en los años treinta la prostitución se siguió ejerciendo en cabarets, casas de huéspedes y de citas. Continuaron las visitas semanales de las meretrices al Hospital Madero, donde pagaban una cuota por el examen médico. Eso sí, la policía vigilaba “con bastante eficacia para que no se [presentaran] en las calles céntricas ni en los paseos públicos.”¹⁶¹

Michoacán tuvo también un breve periodo abolicionista durante el gobierno de Pascual Ortiz Rubio.¹⁶² Entonces se suprimió el reglamento y las “casas de lenocinio”. Esto provocó fuertes críticas y Ortiz Rubio pidió un estudio sobre la materia al Consejo de Salubridad del estado.¹⁶³ Aunque dicho Consejo apoyaba las medidas abolicionistas, estas no prosperaron y para 1923, tres años aproximadamente después de que Ortiz Rubio dejó el gobierno de Michoacán, su capital Morelia ya tenía un nuevo reglamento de prostitución.¹⁶⁴

En Michoacán, al igual que en Veracruz, no hubo continuidad en las medidas sanitarias relativas a la prostitución con los cambios de administración. La supresión o la prohibición del comercio sexual fueron iniciativas de gobernadores y sus allegados, que tuvieron vigencia mientras estos estaban el poder. Posteriormente, cuando Ortiz Rubio fue presidente de la República (1930-1932) el abolicionismo tampoco prosperó aunque, de acuerdo con las fuentes consultadas, la supresión del reglamento de prostitución no parece haber sido un asunto prioritario en su administración como presidente. Aun así, Ortiz Rubio

¹⁵⁹ AHSSA, SJ, c. 33, exp. 6.

¹⁶⁰ “Ley relativa a la prostitución y de profilaxis social”.

¹⁶¹ AHSSA, SP, P, S, c. 12, exp. 17.

¹⁶² Pascual Ortiz Rubio fue gobernador de su natal estado de Michoacán entre 1917 y 1920, cuando se adhirió al Plan de Agua Prieta.

¹⁶³ El Dr. Alberto Oviedo Mota, quien fuera presidente del Consejo Superior de Salubridad de Michoacán, afirmó en una carta enviada a Ortiz Rubio en 1930 que la prostitución se había suprimido en dicho estado. Hasta el momento no he podido localizar la ley o decreto que lo ordenaba. AHSSA, SP, SJ, c. 20, exp. 10.

¹⁶⁴ *Reglamento de la prostitución*, Morelia, 1923.

tuvo que lidiar con los conflictos generados por la aplicación del reglamento del reglamento de 1926, como el establecimiento de la zona de tolerancia en la ciudad de México.

Aunque hubo leyes abolicionistas y prohibicionistas en varios estados desde décadas antes de que la legislación federal suprimiera el reglamento de la prostitución de 1926, el DSP consideró que estas tentativas habían sido “ensayos muy incompletos”. Dichas leyes habían dado lugar a “situaciones indefinidas y regímenes híbridos, a causa de que ni se cumplieron las disposiciones legales en la práctica ni tuvieron el complemento obligado y sine qua non: la campaña educativa y sanitaria”.¹⁶⁵ El reglamentarismo, por su parte, no había mostrado mejores resultados y la tendencia abolicionista que ya había esbozado Gastélum fue cada vez más clara, al menos en la legislación. Para la década de 1930 ya se habían aprobado leyes para exigir el certificado prenupcial, la declaración obligatoria de enfermedades venéreas y la penalización del contagio venéreo, pero faltaba suprimir el reglamento de prostitución.

El fracaso de la reglamentación prostibularia:

los “príncipes del vicio”, la “subclase antirrevolucionaria” y el “Estado proxeneta”

“En nuestro país, como en todas partes, el reglamentarismo ha fracasado”. Así lo afirmaba la Oficina General de la Campaña Antivenérea del DSP en 1938, aunque reconocía que la normativa de 1926 sobre la prostitución había hecho

una modificación importante en el espíritu y tendencias de la reglamentación... atendiendo fundamentalmente al mal venéreo e inspirándose en la finalidad de devolver a la mujer que hace de la función sexual un comercio, la conciencia de su personalidad y de su valor social.¹⁶⁶

Sin embargo, a juicio de esta Oficina, las buenas intenciones con las que fue aprobado el reglamento de 1926 no se materializaron y éste conservó su “corte clásico primitivo”, llegando a ser “uno de esos anacronismos bamboleantes que, toda su estructura

¹⁶⁵ “La nueva legislación antivenérea”, p. 129.

¹⁶⁶ “La nueva legislación antivenérea”, p. 129.

desquebrajada, caen al fin de modo inexorable y definitivo ante el embate de la evolución social”.¹⁶⁷

Las críticas al sistema reglamentarista no eran novedad. En México, el doctor Luis Lara y Pardo ya había planteado sus objeciones en su estudio sobre la prostitución de 1908 y había expuesto la poca utilidad de estas medidas en la prevención de enfermedades venéreas.¹⁶⁸ Con el paso de los años fueron reiterados tales inconvenientes y otros más se sumaron a la lista de críticos mordaces.

La Oficina General de la Campaña Antivenérea agrupó las objeciones al sistema reglamentarista en “tres hechos fundamentales” que recogen los principales argumentos en contra de los reglamentos de prostitución durante la primera mitad del siglo XX. Con base en los señalamientos de dicha Oficina, expondré las críticas al reglamento de 1926.¹⁶⁹

- I) “No garantiza los intereses de salud individual, ni colectiva, y da al público una falsa seguridad”.¹⁷⁰

La inspección médica periódica de las prostitutas era una de las “cartas fuertes” del reglamentarismo, pero también una de sus grandes debilidades. No todas las prostitutas estaban registradas, de las inscritas, no todas pasaban periódicamente a revisión médica, y las que asistían trataban de disimular sus padecimientos. Además, los exámenes médicos eran breves y frecuentemente incompletos.

De acuerdo con la Oficina General de la Campaña Antivenérea, para 1938 había 6,000 mujeres inscritas en la ciudad de México, mientras que “el número de las clandestinas, según un cálculo apenas aproximado, [era] por lo menos de 20,000”. Y esta estimación de la cantidad de clandestinas no fue la mayor. En 1930 la Revista *Pasteur*, órgano de la Sociedad Médica Franco-Mexicana, publicó un artículo en el que se estimaba que la clandestinidad alcanzaba “proporciones no menores del 90% de la prostitución

¹⁶⁷ “La nueva legislación antivenérea”, p. 130.

¹⁶⁸ LARA Y PARDO, *La prostitución en México*.

¹⁶⁹ “La nueva legislación antivenérea”, pp. 129-141.

¹⁷⁰ “La nueva legislación antivenérea”, p. 132.

total”. Esto es, 5,971 mujeres inscritas en la Inspección de Sanidad y por lo menos 53,739 prostitutas clandestinas.¹⁷¹

Independientemente de la cantidad de mujeres que se dedicaban al comercio sexual sin estar inscritas, hubo un reconocimiento de la existencia de las clandestinas y la suposición de que eran más las que no estaban registradas que aquellas que sí lo estaban. Esta preocupación la expresó Gastélum, quien había planteado que uno de los objetivos principales del reglamento de 1926 era disminuir la clandestinidad en el comercio sexual.¹⁷²

Era claro que las prostitutas clandestinas no estaban bajo el control médico de las autoridades sanitarias, pero ¿y las inscritas? Los partidarios del abolicionismo señalaron una serie de deficiencias en los exámenes médicos de las prostitutas, que para fines prácticos –afirmaban–, daba prácticamente lo mismo que se hicieran examinar o no por el médico de la Inspección Sanitaria, pues un certificado de salud no garantizaba que no estuvieran enfermas. Incluso era peor expedirlo porque daba una falsa confianza en la supuesta salud de la mujer.

Un estudio publicado en 1930 por del doctor Eliseo Ramírez, ex jefe de la Inspección de Sanidad, señalaba que entre mayo y junio de ese año se habían presentado 1,385 enfermos a los dispensarios venéreo-sifilíticos, de los cuales el 39% fue contagiado por una prostituta clandestina, 38.7% por una registrada y el 22.3% restante por sirvientas, meseras y mujeres de otras ocupaciones.¹⁷³ El porcentaje similar entre los contagios por registradas y clandestinas servía para poner énfasis en la idea de la inutilidad de los exámenes médicos y aun cuando los datos eran parciales, las conclusiones eran generalizadoras.

La falta de control sanitario sobre las prostitutas registradas se debía en parte a que ellas faltaban constantemente a sus revisiones médicas. En junio de 1930 –indicaba el estudio del Dr. Ramírez– de las 5,971 mujeres que debían acudir a examen médico sólo se presentó el 15.6% (973). Para 1938 la situación no había mejorado, y según reportaba la Oficina General de la Campaña Antivenérea, el “registro cuidadoso de asistencia”

¹⁷¹ “La lucha contra el peligro venéreo”, p. 202.

¹⁷² GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”

¹⁷³ El estudio fue originalmente publicado en la *Revista mexicana de biología* en octubre de 1930. Citado en SAAVEDRA, *Eugenésia y medicina social*, p. 81. “La lucha social contra el peligro venéreo”, p. 202.

demostraba que “ni la mitad de ellas alcanza un 50% de reconocimientos, obteniéndose el dato de que sólo una mujer, francesa por cierto, acudió al examen médico 51 veces al año.”¹⁷⁴

Para los abolicionistas, las medidas sanitarias de los reglamentos de prostitución eran un fracaso, no sólo por la presencia de las clandestinas y la ausencia de las registradas en la Inspección Sanitaria, sino también por la forma en la que se realizaban los exámenes médicos. Era posible que al momento de la revisión una mujer estuviera enferma pero asintomática debido al tiempo de incubación de los males venéreos y, que por lo mismo, no se detectara el padecimiento. Además, era sabido que las prostitutas, “muy prácticas ya en la materia,”¹⁷⁵ se preparaban antes de ir a sus revisiones médicas para disimular sus males mediante procedimientos “hasta científicos”.¹⁷⁶

El Dr. Eliseo Ramírez estudió a un grupo de 100 prostitutas registradas que habían pasado el reconocimiento médico y habían sido declaradas “sanas”. Realizó un “procedimiento bien conocido de reactivación por el nitrato de plata” para realizar posteriormente un examen microscópico del exudado cervical de dichas mujeres y así pudo demostrar la presencia del gonococo en todos los casos.¹⁷⁷ Los certificados médicos no eran por tanto confiables.

Otro de los reclamos era que “la reglamentación [era] unilateral”,¹⁷⁸ es decir, que las medidas sanitarias sólo se aplicaban a las prostitutas, dejando en total libertad a los hombres. Si las prostitutas enfermas habían sido consideradas como la fuente de numerosos contagios, ya no fueron vistas como el origen del mal, pues se reconoció que si había una mujer enferma en la Inspección de Sanidad, era “porque algún individuo la [había] contagiado”.¹⁷⁹ “Las mujeres ingresan a la prostitución sanas y los hombres las enferman”.¹⁸⁰

¹⁷⁴ “La nueva legislación antivenérea”, p. 132.

¹⁷⁵ DE GARAY, “La Inspección de Sanidad debe suprimirse”, p. 310.

¹⁷⁶ DE GARAY, “La Inspección de Sanidad debe suprimirse”, p. 310. SAAVEDRA, *Eugenesia y medicina social*, p. 82.

¹⁷⁷ “Nueva legislación antivenérea”, p. 132.

¹⁷⁸ “Nueva legislación antivenérea”, p. 131.

¹⁷⁹ AHSSA, SP, SJ, c. 20, exp. 10. OVIEDO, “El problema social de la prostitución”.

¹⁸⁰ DE GARAY, “La Inspección de Sanidad debe suprimirse”, p. 311.

Los reglamentaristas alegaban que la prostitución era un “mal necesario”, pero sancionaban unilateralmente a las víctimas.¹⁸¹ Los varones eran los autores del crimen, pero la ley perseguía, examinaba y sometía a las prostitutas, mientras “toda la legión de hombres, príncipes del vicio, quedan libres, enfermos, propagándose constantemente sus graves enfermedades”.¹⁸² Ellos atendían la enfermedad en su periodo agudo y luego volvían a contagiar, de manera que “las enfermedades [eran] principalmente difundidas por el hombre”.¹⁸³ Por ello, los varones infectados eran más peligrosos, pues aparte de contagiar a las prostitutas llevaban el mal a sus hogares.¹⁸⁴

Eran los “príncipes del vicio” quienes provocaban y fomentaban la prostitución. “Por regla general”, los hombres seducían a las mujeres “con amor o engaños”, abusando de su posición de poder con sus empleadas y de la necesidad de ellas, lanzándolas al “infierno... al sufrimiento perpetuo”. A ellas se les obligaba a volverse alcohólicas para divertir y bailar con los hombres, pero sin derecho al goce ni a la diversión. Ellas, vistas como “pestíferos leprosos”, terminaban muertas en una riña o

llenas de costras, de llagas, con la nariz sumida, descompuesto el rostro, abolida la belleza (flor de un día), van con el bagazo de su cuerpo a una cama de hospital, en donde no pueden ni estirarse porque tienen una compañera junto, y mueren.¹⁸⁵

La supresión de los reglamentos de prostitución no era sólo un asunto de interés sanitario, sino que era “el primer paso para defender a la mujer”.¹⁸⁶ Algunas feministas también habían planteado su oposición a la reglamentación de la prostitución. Ellas argumentaban que esta normativa privaba a estas mujeres del ejercicio de sus derechos políticos e individuales.¹⁸⁷ En algunas reuniones ya habían pedido la abolición de los reglamentos y las casas de asignación. En el Primer Congreso Feminista celebrado en Yucatán en 1916, el trabajo de Hermila Galindo planteó, entre otras, varias ideas acerca de

¹⁸¹ AHSSA, SP, SJ, c. 20, exp. 10. OVIEDO, “El problema social de la prostitución”.

¹⁸² DE GARAY, “La Inspección de Sanidad debe suprimirse”, p. 310.

¹⁸³ SAAVEDRA, *Eugenesia y medicina social*, pp. 82-83.

¹⁸⁴ DE GARAY, “La Inspección de Sanidad debe suprimirse”, p. 311.

¹⁸⁵ DE GARAY, “La Inspección de Sanidad debe suprimirse”, p. 311.

¹⁸⁶ DE GARAY, “La Inspección de Sanidad debe suprimirse”, p. 311.

¹⁸⁷ CANO, “Más de un siglo de feminismo en México”. ORELLANA, “La mujer del porvenir”, pp. 109-137. BLISS, *Compromised Positions*, p. 189.

la sexualidad, la moral y la prostitución, que fueron entonces bastante polémicas.¹⁸⁸ En su trabajo “La mujer en el porvenir”, Galindo afirmaba que el impulso sexual en hombres y mujeres era igualmente poderoso, que era necesaria la educación sexual de las mujeres y que la prostitución era producto de una doble moral.¹⁸⁹ Galindo apoyaba la lucha contra la prostitución, el alcoholismo, la criminalidad y la pornografía. La participación política y el sufragio de las mujeres debían contribuir a tal lucha.¹⁹⁰

En el Primer Congreso Feminista Panamericano para la Elevación de la Mujer, celebrado en la ciudad de México en 1923 hubo consideraciones acerca de la prostitución. En este Congreso no hubo una condena moral a las prostitutas, sino que con base en las causas sociales de la prostitución, fueron presentadas propuestas para proteger y alejar a las mujeres del comercio sexual.¹⁹¹ Considerando que “la prostitución reglamentada y legalizada, que da a la mujer autorización y la obliga a prestar servicios de falso amor, que son un ultraje para nuestro sexo”, el Congreso acordó pedir a las autoridades correspondientes la supresión de las casas de asignación. También resolvió solicitar que no se permitiera a los dueños de cafés-cantinas emplear a mujeres, pues estos sitios eran una “puerta francamente abierta hacia la prostitución legal o clandestina”. Además, el Congreso pidió a la Inspección General de Policía establecer en cada Comisaría una sala separada y atendida por mujeres, donde las detenidas pudieran tener garantías.¹⁹²

En junio de 1934 se llevó a cabo un Congreso en contra de la prostitución convocado por la Sección Mexicana de la Liga Internacional de Mujeres Ibéricas e Hispanoamericanas. En este Congreso hubo desacuerdos entre las participantes izquierdistas y las moderadas o conservadoras, pero ambas coincidían en que se debía terminar la regulación. Las primeras consideraban que la prostitución era producto de la pobreza y la ignorancia y mientras estas no se combatieran, no se podía acabar el comercio sexual. Las moderadas por su parte, daban mayor importancia a los aspectos morales y

¹⁸⁸ Galindo no asistió al Congreso, pero su trabajo fue leído por el Sr. César A. González, del Departamento de Educación. MACÍAS, *Contra viento y marea*, p. 99

¹⁸⁹ CANO, “Más de un siglo de feminismo en México”, p. 349. ORELLANA, “La mujer del porvenir”, p. 111. MACÍAS, *Contra viento y marea*, p. 99.

¹⁹⁰ CANO, “Feministas en campaña”, p. 275.

¹⁹¹ CANO, Selección e introducción, “México 1923”, p. 313.

¹⁹² CANO, Selección e introducción, “México 1923”, pp. 321.

culturales e insistieron en enfrentar el problema con un “criterio moral igualitario para hombres y mujeres”, la coeducación, el cierre de cabarets y campañas contra la pornografía y el alcohol.¹⁹³ De cualquier forma, “el primer paso para combatir la prostitución” era su dejar atrás el reglamentarismo.¹⁹⁴

- II) La reglamentación de la prostitución “crea una subclase, antisocial, antirrevolucionaria e incompatible con las ideas sustentadas por el actual gobierno revolucionario”.

De acuerdo con los argumentos abolicionistas de la posrevolución, las prostitutas estaban sometidas al reglamento y al mismo tiempo, quedaban fuera de las garantías constitucionales. El artículo 16 constitucional establecía que “nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento”, sin embargo no era así para las prostitutas. Ellas eran detenidas y podían ser encerradas en los hospitales sin denuncia, acusación o querrela, y aun sin flagrancia.¹⁹⁵

Las prostitutas eran privadas de la libertad por un “delito que no clasifica”.¹⁹⁶ La prostitución se permitía, pero al mismo tiempo se perseguía sólo a quienes la ejercían como si fueran delincuentes. El reglamento, “en una lamentable y dolorosa equivocación confunde los conceptos y los objetivos y hace de la lucha contra la prostitución una lucha contra la prostituta, como si para luchar contra la tuberculosis fuese menester vejar y denigrar al infeliz tuberculoso”.¹⁹⁷

Por otra parte, la Constitución establecía que “a ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícito” (art. 4). Con la aprobación de los reglamentos, “el Estado reconoce como oficio el ejercicio de la prostitución y acepta que la mujer puede honestamente vivir de ella, como si se tratara de un trabajo”. Sin embargo, se preguntaba el doctor Alfredo Saavedra, “si es

¹⁹³ CANO, “Más de un siglo de feminismo en México”, p. 351. MACÍAS, *Against all Odds*, pp. 135-136.

¹⁹⁴ CANO, “Más de un siglo de feminismo en México”, p. 351. MACÍAS, *Against all Odds*, pp. 135-136.

¹⁹⁵ SAAVEDRA, *Eugenesis y medicina social*, p. 80.

¹⁹⁶ AHSSA, SP, SJ, c. 20, exp. 10. OVIEDO, “El problema social de la prostitución”.

¹⁹⁷ “La nueva legislación antivenérea”, p. 137.

lícita ¿por qué se la persigue de modo ultrajante y diverso? y si no es lícita ni honrada ¿por que se le consiente?”¹⁹⁸

La incongruencia de la reglamentación prostibularia con las pretensiones de orden del Estado mexicano también se expresó en la legislación penal acerca del lenocinio. El Código Penal de 1929 –que en su conjunto había sido polémico– dedicaba su capítulo III a dicho delito y establecía que lo cometía “toda persona que habitual o accidentalmente explota el cuerpo de la mujer por medio del comercio carnal, se mantiene de éste comercio u obtiene de él un lucro cualquiera” (art. 547). Sin embargo, había una excepción en este artículo: “los dueños o encargados de casas de asignación permitidas por la ley.” El Código Penal de 1931 formuló de manera distinta este artículo y estableció que “comete el delito de lenocinio: toda persona que sin autorización legal, habitual o accidentalmente explota el cuerpo de la mujer por medio del comercio carnal, se mantiene de este comercio u obtiene de él un lucro cualquiera” (art. 207). De tal manera, la explotación sexual de las mujeres estaba permitida para algunos y era un delito para otros, según aceptaran cumplir con los pagos y obligaciones impuestas por el reglamento de prostitución.

Los reglamentos, de acuerdo con los abolicionistas, tenían una “condición antijurídica de ley de casta, vejatoria de la personalidad humana”¹⁹⁹ que iba en contra de los principios revolucionarios. La Revolución, “en sus ideales de mejoramiento de clases populares” estaba “obligada a ver el problema...con el maternal y acogedor de una noble, inteligente y generosa madre que busca remediar las consecuencias de los errores cometidos por sus hijos aliviándolos y aprovechando la experiencia para corregir esos errores.”²⁰⁰

El Estado y la sociedad tenían la “suprema obligación” de defender a “los seres débiles, menores, en quienes se involucra el porvenir de la raza”.²⁰¹ Según esta visión de las cosas, las mujeres por su importancia social para el futuro de *la raza* necesitaban la protección del Estado, pero los reglamentos de prostitución sólo las dejaban más vulnerables.

¹⁹⁸ SAAVEDRA, *Eugenésia y medicina social*, p. 80.

¹⁹⁹ “La nueva legislación antivenérea”, p. 136.

²⁰⁰ AHSSA, SP, SJ, c. 20, exp. 10. OVIEDO, “El problema social de la prostitución”.

²⁰¹ AHSSA, SP, SJ, c. 20, exp. 10. OVIEDO, “El problema social de la prostitución”.

Los abolicionistas exigían a los gobiernos asumir sus compromisos “revolucionarios.” Por ello, no bastaba el reparto de tierras, sino que era “urgente” realizar una campaña que “salvara” a las hijas de campesinos y obreros de la prostitución, de esa “odiosa esclavitud”.²⁰²

- III) El reglamento “no evita en nada la prostitución y antes la consiente, la protege, la permite crecer y organizarse comercialmente, otorgándole toda clase de facilidades, y, por virtud de ello, confiere al Estado, el papel doblemente deprimente y deshonoroso de proxeneta y de tratante de blancas”.

El reglamento era “tan denigrante para quien lo [recibía] como para quien lo [aplicaba]”.²⁰³ Las prostitutas estaban sometidas a disposiciones vejatorias y eran explotadas por las autoridades con las contribuciones personales y los pagos por los burdeles. “El Estado pareciera que es el verdadero proxeneta, el más grande regenteador de esta industria, que ni siquiera le da pingües ganancias”,²⁰⁴ el “proxeneta mayor.”²⁰⁵ El patrocinio oficial, la reglamentación de una “industria sucia” y el cobro de derechos fueron duramente criticados.²⁰⁶

El cobro de cuotas a las prostitutas era un tema sensible en este sentido. Gastélum reconocía que al exigir impuestos a estas mujeres podía parecer que el Estado se “asociaba al negocio”, y por lo mismo fue insistente al señalar la prohibición de las contribuciones personales.²⁰⁷ Los códigos sanitarios de 1926 y 1934, así como el reglamento de prostitución de 1926 las prohibían explícitamente, y hubo en efecto intentos del DSP por hacer cumplir estas disposiciones, como se vio en el caso del cobro indebido en Ojinaga, Chihuahua.²⁰⁸ No obstante estos esfuerzos, la exigencia de contribuciones personales a las prostitutas parece haber sido la constante en varios lugares del país, aun en donde la reglamentación había sido abolida.

²⁰² AHSSA, SP, SJ, c. 20, exp. 10. OVIEDO, “El problema social de la prostitución”.

²⁰³ “La nueva legislación antivenérea”, p. 137.

²⁰⁴ SAAVEDRA, *Eugenesia y medicina social*, p. 84.

²⁰⁵ AHSSA, SSA, Subsecretaría SSA, c. 7, exp. 1. “Estudio crítico de la campaña antivenérea en México”.

²⁰⁶ DE GARAY, “La Inspección de Sanidad debe suprimirse”, p. 311.

²⁰⁷ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 20.

²⁰⁸ AHSSA, SP, SJ, c. 27, exp. 12.

En 1935 el DSP solicitó a los delegados sanitarios un informe sobre el ejercicio de la prostitución en varias ciudades y con ellos quedó de manifiesto el incumplimiento de las leyes en lo relativo al pago de contribuciones personales. En Ciudad Juárez la prostitución era “la manzana de la discordia entre las mismas autoridades que han manejado este ramo, pues es para ellos, un filón jugoso que explotar, y se ha prestado siempre a ambiciones de las partes interesadas.” Si no querían ir al hospital, las prostitutas debían pagar diez pesos mensuales más dos pesos por inspección médica. El ayuntamiento y la policía se encargaban de controlar estas situaciones. En Hermosillo, las prostitutas pagaban tres pesos por su libreto y otros tres por el reglamento, y depositaban el dinero en la tesorería municipal y en la estatal, respectivamente. En Veracruz, aunque seguía vigente la ley 362 que prohibía la prostitución, se hacían inspecciones médicas semanales y se les cobraba una cuota que ingresaba a la Beneficencia Pública.²⁰⁹ En la ciudad de México, según afirmaba el Dr. Saavedra, al menos hasta 1933 el Departamento Central percibía “tributaciones del *income tax* que gravaban el producto del ‘trabajo’ de estas infelices mujeres”.²¹⁰

Era “escandalosamente ostensible” que en las grandes ciudades las prostitutas que podían pagar estaban “por encima de la reglamentación”. Las dueñas de las casas pagaban “una suma más o menos fuerte a los agentes para evitar que sus pupilas [fueran] molestadas.” Por ello, en la lógica abolicionista, cuando el Estado insistía en la aplicación de los reglamentos de prostitución, se convertía en un “solapador de una lacra social”.²¹¹

Esta situación se volvía más grave si se consideraban los compromisos internacionales que había adquirido México. Después de su incorporación a la Sociedad de Naciones en 1931,²¹² México se adhirió en 1933 a la Convención Internacional para la Supresión de la Trata de Mujeres y de Menores firmada en Ginebra el 30 de septiembre de

²⁰⁹ AHSSA, SP, P, S, c. 12, exp. 17.

²¹⁰ SAAVEDRA, *Eugenesia y medicina social*, p. 85.

²¹¹ AHSSA, SP, SJ, c. 20, exp. 10. OVIEDO, “El problema social de la prostitución”.

²¹² Sobre la Sociedad de Naciones véase WALTERS, *Historia de la Sociedad de Naciones*. Sobre México y la Sociedad de Naciones véase TELLO, “Algunos aspectos de la participación de México en la Sociedad de Naciones”, pp. 358-383.

²¹³ SOCIEDAD DE NACIONES, *Actes de la Conférence*, 1921. “Decreto que aprueba la adhesión del Gobierno Mexicano y la Convención Internacional para la Supresión de la Trata”, 1933.

1921,²¹³ y en 1938 se unió a la Convención Internacional Relativa a la represión de la trata de mujeres mayores de edad, firmada el 11 de octubre de 1933.²¹⁴

La Convención de 1921 contó con 33 países y fue ratificada en 1923 por 14 de ellos. Una de sus cláusulas contemplaba la creación de un Comité Consultor sobre el tráfico de mujeres y niños que debía reunir información sobre el tema en los países suscritos. Esta Convención tenía provisiones para la prostitución forzada, pero no protegía a las personas adultas que consentían ejercerla.²¹⁵

La Convención de 1933 buscaba “completar” a la anterior. En su primer artículo establecía que se debía castigar a cualquiera que, “para satisfacer pasiones ajenas, haya conseguido, arrastrado o seducido, *aun con su consentimiento*, a una mujer o muchacha mayor de edad, para ejercer la prostitución en otro país”. Los firmantes también se comprometían a comunicarse e informar sobre los casos de tráfico de mujeres en sus jurisdicciones y a resolver cualquier posible desavenencia, preferentemente por la vía diplomática.²¹⁶

El 13 de octubre de 1933 el gobierno de Abelardo Rodríguez aprobó únicamente la Convención de 1921, aunque un par de días de antes ya se había firmado la nueva Convención que la adicionaba. Esta última fue aprobada en México hasta 1938 durante la administración del presidente Lázaro Cárdenas, es decir, cinco años después de su firma. ¿Por qué el gobierno de Abelardo Rodríguez no se adhirió al mismo tiempo a la Convención de 1921 y a la de 1933? La omisión no fue casual, sino que respondió a la visión reglamentarista que todavía prevalecía entre las autoridades. La Convención de 1921 no contemplaba la protección a las mujeres que consentían ejercer el comercio sexual, por lo que no era contraria a la reglamentación de la prostitución vigente en ese momento.

²¹⁴ “Decreto que aprueba la Convención Internacional relativa a la represión de la trata de mujeres mayores de edad”. Con anterioridad hubo organismos y tratados internacionales en este sentido. La Asociación Internacional para la supresión de la trata de blancas fue creada en Inglaterra en 1899 y en 1904 realizó un Tratado Internacional para la supresión de la trata de blancas que firmaron 12 países europeos. Con la Primera Guerra Mundial suspendió sus actividades y las retomó en 1919, ahora como Oficina Internacional para la supresión del tráfico de mujeres y niños. GORMAN, “Empire, Internationalism”. Más información sobre el tema, véase LIMONCELLI, *The Politics of Trafficking*.

²¹⁵ GORMAN, “Empire, Internationalism”, pp. 198-199.

²¹⁶ SOCIEDAD DE NACIONES, *Records of the Diplomatic Conference*, 1933. “Decreto que promulga la Convención Internacional”, 1938. Las cursivas son mías.

Entonces, a pesar de las críticas, no hubo tentativas formales del DSP ni de otra institución de gobierno para abolir la reglamentación. La Convención de 1933, al incluir la protección de las mujeres que consentían ejercer la prostitución, le daba un nuevo matiz a la lucha contra la trata de personas pues solicitaba a los países firmantes no tolerar el comercio sexual.

Al menos mientras continuó vigente el reglamento de 1926, México no envió los reportes anuales sobre prostitución y trata de personas que la Sociedad de Naciones solicitaba.²¹⁷ En Ginebra lamentaban que 24 países, 14 de ellos latinoamericanos, pasaban por alto la petición de la Sociedad de Naciones.

Hay algunos países que se han opuesto a los puntos de vista de la Liga, pretendiendo que el funcionamiento que tiene actualmente el vicio es el más conveniente para la sociedad misma, aunque la liga, en el fondo, trata únicamente de exterminar la trata de blancas en todas sus formas, para librar a las mujeres y a la niñez de vivir en un medio de corrupción. Desgraciadamente, la actitud indiferente de algunos gobiernos dificulta la labor de la Liga, puesto que se rehusan a enviar información solicitada, la cual habría de servir para librar al mundo de la plaga actual”. de esa circunstancia aprovechan explotadores del vicio.²¹⁸

Para 1938, cuando el gobierno mexicano se adhirió a la Convención de 1933, las autoridades políticas y sanitarias apoyaban decididamente al abolicionismo, aunque el reglamento de prostitución tuvo vigencia dos años más.

El fin de la reglamentación prostibularia

En 1935 el DSP elaboró un “Proyecto de reglamento Federal de la campaña contra las enfermedades venéreas”. Éste contemplaba la abolición del reglamento de prostitución, la curación y la declaración obligatorias, la creación de más dispensarios, el contagio nutricional, el certificado médico prenupcial, la profilaxis, las estadísticas, estudios sociales y sanciones.²¹⁹

²¹⁷ SOCIEDAD DE NACIONES, *Summary of Annual Reports for 1932-1933*, p. 1. SOCIEDAD DE NACIONES, *Summary of Annual Reports for 1933-1934*, p. 1. SOCIEDAD DE NACIONES, *Summary of Annual Reports for 1934-1935*, p. 1. SOCIEDAD DE NACIONES, *Summary of Annual Reports for 1935-1936*, p. 2. SOCIEDAD DE NACIONES, *Summary of Annual Reports for 1936-1937*, p. 2. SOCIEDAD DE NACIONES, *Summary of Annual Reports for 1938-1939*, p. 1.

²¹⁸ “La campaña contra el vicio”, p. 2. Con información de United Press, Ginebra, de abril de 1934.

²¹⁹ AHSSA, SP, SJ, c. 43, exp. 1, 1935.

El DSP pretendía la inmediata aprobación de este proyecto, pero estimaba que sólo sería posible si se otorgaban facultades extraordinarias al presidente Lázaro Cárdenas, puesto que

resultaría peligroso mandar el proyecto de decreto para su discusión a las dos Cámaras no sólo porque tal vez se dilataría la discusión más de lo necesario, sino porque siendo el problema de gran trascendencia y muy propicio para suscitar opiniones divergentes, se prestaría a serias polémicas que tal vez pudieran llegar a desvirtuar seriamente las verdaderas intenciones del DSP, al abandonar el sistema anticuado e inadecuado con que se defendió sin lograrlo, remediar el problema de la prostitución.²²⁰

En efecto, las discusiones se dilataron y el proyecto no fue aprobado inmediatamente, como pretendía el jefe del DSP, doctor José Siurob.²²¹ Dicho proyecto fue enviado en repetidas ocasiones a la Cámara de Diputados: en octubre de 1937 y en julio de 1938.²²² El 7 de agosto de 1939, durante su segunda gestión al frente del Departamento, el doctor José Siurob, solicitó

conceder atención preferente a este asunto a efecto que el DSP esté en condiciones de cumplir los preceptos contenidos en el *Plan Sexenal* en lo referente a la campaña de las enfermedades venéreas, así como los compromisos internacionales contraídos por nuestro país en la Sociedad de Naciones en virtud de que las disposiciones en cuestión vendrán a sustituir el reglamento de prostitución que actualmente rige y que en la práctica constituye el primer obstáculo para realizar la campaña en cuestión con verdadera efectividad y provecho para la salud pública.²²³

Para 1939, Siurob pretendía que no demorara más la aprobación del reglamento de la campaña antivenérea y apelaba ya no tanto a los motivos sanitarios, sino a los compromisos del gobierno mexicano, tanto al interior del país como a nivel internacional. El Plan Sexenal de 1934 establecía entre sus prioridades sanitarias el combate a

²²⁰ AHSSA, SP, SJ, c. 43, exp. 1, 1935.

²²¹ José Siurob (1886-1965) nació en Querétaro y estudió medicina en la Ciudad de México. Participó en la campaña maderista en 1909 y dejó sus estudios en 1911 para participar en la Revolución, y alcanzó el rango de general. Al concluir la lucha armada se graduó como médico. Fue uno de los fundadores del Partido Liberal Constitucionalista, que tuvo al Gral. Obregón como candidato en 1920. Fue gobernador de Guanajuato (1915-1916), Querétaro (1915) y Quintana Roo (1928-1931). Fue diputado en varias ocasiones. Ocupó otros cargos, como director de Sanidad Militar, jefe del DSP, jefe del Departamento Central y director de Servicios Sociales del Ejército. *Diccionario Porrúa*.

²²² AHSSA, SP, SJ, c. 48, exp. 5.

²²³ AHSSA, SP, SJ, c. 48, exp. 5.

“enfermedades peligrosas para la colectividad”, entre ellas las venéreas.²²⁴ El reglamento de la campaña planteaba medidas sanitarias concretas para la lucha antivenérea y aunque algunas de ellas ya se habían puesto en práctica, ahora se presentaban de una forma más estructurada. Además, esta nueva ley abolía definitivamente la reglamentación de la prostitución, que para entonces se consideraba un obstáculo en la lucha antivenérea. El reglamento de la campaña contra las enfermedades venéreas, en teoría, daba mayores posibilidades de éxito a la prevención de dichos males, y por ello respondía a lo establecido en el Plan Sexenal. Sin embargo, el proyecto no era aprobado, mientras pasaba el tiempo y con él, el periodo presidencial de Lázaro Cárdenas.

Por otra parte, México debía responder a la Convención Internacional Relativa a la represión de la trata de mujeres mayores de edad, que ya había sido aprobada por el Congreso en 1938. La reglamentación de la prostitución contradecía a dicha Convención y su cumplimiento implicaba derogar el reglamento de 1926.

Además de la propuesta de reglamento de la campaña antivenérea hubo otras tentativas del DSP para abolir la prostitución. Desde 1935, el Departamento propuso modificar el artículo 207 del Código Penal que hablaba del lenocinio. La idea era suprimir la parte que decía “sin autorización legal”, para así sancionar a toda persona que explotaba sexualmente a una mujer, sin excepción alguna.²²⁵ La propuesta se convirtió en un proyecto de reformas al Código Penal que la Secretaría de Gobernación envió en 1937 a la Cámara de Diputados. Este proyecto se refería al lenocinio y al delito de contagio venéreo y fue turnado a las Comisiones de Justicia y de Salubridad. En cuanto al lenocinio, el proyecto planteaba modificar el artículo 207 para que fuera redactado en los siguientes términos:

Comete el delito de lenocinio:

- I. Toda persona que habitual o accidentalmente explote el cuerpo de otra por medio del comercio carnal, se mantenga de este comercio u obtenga de él un lucro cualesquiera:
- II. El que sonsaque o solicite a una persona para que, con otra, comercie sexualmente con su cuerpo, o le facilite los medios para que se entregue a la prostitución, y

²²⁴ *Plan sexenal*, 1934.

²²⁵ AHSSA, SP, SJ, c. 43, exp. 1.

III. El que regentee, administre o sostenga directa o indirectamente burdeles; casas de cita, o lugares de concurrencia expresamente dedicados a explotar la prostitución, y obtenga cualquier beneficio con sus productos.²²⁶

Con esta reforma quedaba excluida la posibilidad de la existencia legal de las casas de asignación, como entonces lo permitía el reglamento de prostitución y el Código Penal. La propuesta se justificaba en el “deber imprescindible del Estado proteger la salud de los elementos sociales” y en que la experiencia con el reglamentarismo había mostrado que este sistema era “ineficaz” y en “muchos casos ha resultado contraproducente”. El proyecto de la reforma destacaba además que la reglamentación de la prostitución “implicaba la tolerancia del Estado para el lenocinio y el proxenetismo” y esto facilitaba la trata de blancas. La Sociedad de Naciones ya había considerado estas circunstancias y se había pronunciado “justamente por el abolicionismo de la prostitución”. Por ello, “consecuente con este criterio” y “según las nuevas orientaciones adoptadas como normas de gobierno por las últimas administraciones revolucionarias”, la reforma debía aprobarse.²²⁷

Como la reforma al Código Penal implicaba la “abolição absoluta de la prostitución”, las Comisiones de Justicia y de Salubridad realizaron un “estudio minucioso de los motivos que impulsaron al Ejecutivo para tomar determinación de tal naturaleza”. Dicho estudio valoraba la situación desde el punto de vista de la salud colectiva, la ética y los resultados de la reglamentación prostibularia. Las conclusiones coincidieron con los argumentos abolicionistas: los exámenes médicos eran deficientes, el control de la prostitución “lesionaba la respetabilidad del Estado” y no aportaba beneficios sanitarios ni morales. Siguiendo “la más elemental lógica”, las Comisiones encargadas aconsejaron abolir la reglamentación prostibularia. El dictamen de las Comisiones de Justicia y de Salubridad fue aprobado en lo general y en lo particular, y fue enviado al Senado.²²⁸

En la Cámara de Senadores hubo algunas objeciones, sobre todo en lo relativo al delito de contagio venéreo. Esto motivó comunicaciones con el DSP, el cual ratificó sus puntos de vista. Las Comisiones del Senado encargadas del estudio del dictamen finalmente reconocieron “la conveniencia del abolicionismo” y estuvieron de acuerdo con la reforma

²²⁶ Sesión de la Cámara de Diputados efectuada el día 28 de septiembre de 1937.

²²⁷ Sesión de la Cámara de Diputados efectuada el día 28 de septiembre de 1937.

²²⁸ Sesión de la Cámara de Diputados efectuada el día 27 de abril de 1938.

del artículo 207 del Código Penal. Esta propuesta fue aprobada por unanimidad²²⁹ y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de febrero de 1940.²³⁰

Para entonces, el *Reglamento para la Campaña contra las Enfermedades Venéreas* ya había sido aprobado en el Congreso y finalmente publicado en el Diario Oficial el 8 de febrero de 1940.²³¹ Su artículo segundo transitorio derogó el Reglamento para el ejercicio de la prostitución de 1926 y todas las disposiciones que opusieran a la nueva ley. La prevención de las enfermedades venéreas ya no se centraría más en el control prostibulario.

²²⁹ *Diario de los debates de la Cámara de Senadores*, pp. 28-33.

²³⁰ “Decreto que reforma el Código Penal”, 1940.

²³¹ “Reglamento para la Campaña contra las Enfermedades Venéreas”, 1940.

TERCERA PARTE: PROPAGANDA Y EDUCACIÓN**CAPÍTULO 5****La propaganda sanitaria y la Campaña Nacional Antivenérea de 1927**

“Una cosa es escribir una ley y es otra cuestión muy diferente el llevarla a efecto y hacerla cumplir.”¹ Bajo esta premisa y con la convicción de que había que persuadir a la población para que acatará las medidas sanitarias, el DSP promovió campañas higiénicas contra las enfermedades venéreas, la tuberculosis, el paludismo, el alcoholismo, entre otras.² De acuerdo con el DSP, la educación y la persuasión debían privilegiarse sobre la imposición de la ley, y aún en casos de urgencia debía procurarse la difusión de conocimientos higiénicos. A entender de los médicos del DSP, “una autoridad sanitaria sin medios de propaganda, es organismo estéril” al que sólo le quedarían medidas de coerción.³ Gracias a una constante instrucción, el DSP esperaba contar con la colaboración de la gente en la prevención de las enfermedades y la búsqueda de la salud.

La propaganda antivenérea no sólo brindaba conocimientos para la prevención de enfermedades, sino que expresaba una forma de entender la sexualidad masculina y femenina, así como el papel que tanto hombres como mujeres debían desempeñar en la sociedad. Aunque las autoridades sanitarias ponían énfasis en el sustento científico de sus mensajes, éstos no estuvieron exentos de consideraciones morales. Pero esta moral también pretendía tener su sustento en la ciencia y la racionalidad, lejos de la religión y la superstición.

La propaganda fue uno de los medios de la lucha antivenérea más importantes del DSP. Sin embargo, no fue éste el que inició en México la difusión de conocimientos sobre estas enfermedades y su profilaxis. Antes del inicio de la Revolución mexicana hubo proyectos en este sentido, pero la participación del DSP trajo importantes cambios en la propaganda antivenérea: 1) el protagonismo de instituciones estatales; 2) el enfoque y

¹ MIRANDA, “Evolución de la sanidad en México”, p. 236.

² CARRILLO, “Los modernos Minotauro y Teseo”, pp. 85-101. PIERCE, “Sobering the Revolution”.

³ LANDA, “La acción educativa del DSP”, p. 1088.

alcance nacional de la campaña; 3) la incorporación de las novedades técnicas y tecnológicas con el fin de hacer más persuasivos los mensajes.

Por medio de la propaganda, el DSP pretendía difundir entre el “pueblo” los conocimientos científicos acerca de las enfermedades venéreas, sobre todo en lo relativo a su prevención. La lucha no sólo intervendría los cuerpos, sino las conciencias. Los argumentos científicos y la razón serían elementos importantes en esta labor educativa, pero también se valdrían del miedo y apelarían a la moral, ya no religiosa, sino laica y con referentes “científicos”. El DSP llevaría a cabo una labor pedagógica que buscaría transmitir ideas y valores propios de un “hombre nuevo”, saludable, trabajador, patriota, laico. La propaganda instruiría acerca la importancia del conocimiento y el consejo médico, enseñaría a “enamorarse”, a ser madre, a cuidar el cuerpo, a asumir responsabilidades personales y sociales. El DSP no escatimaría y utilizaría los recursos disponibles para llevar su mensaje a todos los rincones del país.

Los inicios de la propaganda antivenérea en México

Los esfuerzos por difundir entre la población mexicana conocimientos útiles para la prevención de las enfermedades venéreas iniciaron en los primeros años del siglo XX. Entonces, el “inteligente y laborioso” médico Andrés Benavides daba conferencias y publicaba el periódico *La Espirila* en la ciudad de Toluca.⁴

El 25 de julio de 1908 fue inaugurada la Sociedad Mexicana de Profilaxis Sanitaria y Moral en la ciudad de México, a iniciativa del Dr. Jesús González Urueña.⁵ Aunque el Consejo Superior de Salubridad era la institución encargada de la “administración del

⁴ Aunque Benavides contó con apoyo de las autoridades estatales, la iniciativa al parecer fue más personal que producto de un proyecto institucional. LANDA, “Informe”, p. 29. No he podido localizar mayor información sobre este periódico, pero su nombre hace referencia a la espiroqueta pálida, el agente causal de la sífilis.

⁵ González Urueña fue profesor de la Escuela de Medicina y en 1902 se encargó de la clínica dermatológica de esa institución. También dirigió el pabellón 8 del Hospital General, dedicado a dermatología (1906). Continuó sus estudios en dermatología en París. De regreso en México, impartió su curso de clínica dermatológica en la Escuela de Altos Estudios, hasta 1924, año en que la cátedra volvió a la Escuela de Medicina. En 1925 fue designado director del Instituto de Higiene y mandó levantar un censo de lepra en el país. Perteneció a la Inspección Técnica del DSP, donde redactó el Reglamento Federal de Profilaxis de la Lepra. Fue socio de la Academia Nacional de Medicina desde 1898 y se desempeñó como secretario de la misma. *Diccionario Porrúa*.

servicio sanitario”⁶ era –según González Urueña– la Academia Nacional de Medicina la que debía tomar la iniciativa en las acciones para prevenir las enfermedades venéreas, pues “nadie podrá patrocinarlas con mayores seguridades de buen éxito que la Academia”. La Sociedad tendría como referente aquellas similares formadas en otros lugares como Francia, Argentina o Alemania.⁷

La Sociedad fue constituida “a fin de luchar contra la propagación de las enfermedades venéreas, especialmente la sífilis y la blenorragia, y contra los males sociales e individuales de que son causa o efecto.”⁸ El medio principal para lograr su cometido era la difusión de conocimientos,⁹ fundamentalmente a través de su periódico mensual *La Cruz Blanca*. Éste fue publicado de septiembre de 1908 a noviembre de 1912, en abril de 1913 cambió su nombre por *El amigo de la juventud*, y dejó de editarse en agosto de 1923.¹⁰

La cruz blanca daba a conocer dictámenes, discursos y trabajos presentados en las sesiones de la Sociedad. Publicaba también artículos de temas relacionados con las enfermedades venéreas como la educación sexual, la moral, los peligros de la charlatanería, la legislación sanitaria del matrimonio, el contagio nutricional, entre otros. La mayoría de estos textos fueron de la autoría de los miembros de la Sociedad, pero también fueron incluidos algunos artículos de la prensa extranjera. *La cruz blanca* se repartía de manera gratuita. Las fuentes consultadas no nos aportan más información acerca de su difusión, pero los miembros de la Sociedad se mostraban optimistas acerca de la aceptación de esta publicación.¹¹

En medio de las hostilidades bélicas de la Revolución, en abril de 1911 un grupo de estudiantes de medicina y enfermería crearon una asociación llamada La Cruz Blanca Neutral que se encargaría de atender a heridos, independientemente de su ideología.¹² Para evitar cualquier confusión entre el periódico de la Sociedad y esta nueva asociación, en abril de 1913 tal publicación cambió su nombre por el de *El Amigo de la Juventud*.¹³

⁶ El Consejo estaba encargado de la administración sanitaria federal (art. 3) y local en el Distrito y los Territorios Federales (art. 5). *Código Sanitario*, 1903.

⁷ GONZÁLEZ URUEÑA, “Sífilis hereditaria tardía”, pp. 307-314.

⁸ “Reglamento de la Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral”, p. 5.

⁹ “Discurso pronunciado el Sr. Dr. y Lic. Vicente Sánchez Gavito”, p. 1.

¹⁰ *El amigo de la juventud*, 2ª época, núm. 76 y 77, julio y agosto de 1923.

¹¹ TERRÉS, “Nuevo consejo directivo”, p. 2.

¹² CARRILLO, “El surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios de salud”, p. 25.

¹³ *El amigo de la juventud*, 2ª época, abril de 1913, núm. 1, p. 3.

El título no fue el único cambio. *El amigo de la juventud* incluyó una sección de consultas, aceptó anuncios que no contradijeran sus contenidos y aumentó su tiraje “por lo menos” a cinco mil, para ofrecer suscripciones en toda la República.¹⁴ Incorporó temas generales de higiene, por ejemplo, los peligros del polvo, las moscas, el chupón para los bebés, así como textos breves, frases cortas, fábulas e imágenes. El periódico podría decirse que era precisamente, más “amigable”. Estas novedades en su redacción y presentación tuvieron que ver con las tendencias en la forma de hacer propaganda que se desarrollaron en época, como se verá más adelante.



Portadas: *La cruz blanca*, I:3 (1908) y *El amigo de la juventud*, 2a época, 74-75 (1923).

Además de su periódico, la Sociedad publicó los folletos “Para nuestros hijos cuando tengan 18 años”, del reconocido sifólogo francés Alfred Fournier (1909)¹⁵ y “Sobre la educación sexual de las adolescentes”, dirigido a las madres de familia y a las maestras (1913).¹⁶ La Sociedad también ofreció conferencias que algunos de sus miembros dictaban en escuelas de la ciudad de México, como la Nacional de Jurisprudencia, la de Ingenieros,¹⁷ la Nocturna para obreros y la Industrial “José María Chávez”.¹⁸

¹⁴ *El amigo de la juventud*, 2ª época, 1 (1913), p. 3. *El amigo de la juventud*, 2ª época, 2 (1913), p. 2. El costo era de un peso por suscripción anual o cinco centavos por número.

¹⁵ La traducción estuvo a cargo del doctor Everardo Landa. El tiraje de 500 ejemplares se agotó y la Secretaría de Guerra y Marina se encargó de imprimir más. GONZALEZ URUEÑA, “Sesión de aniversario”, p. 2. Acerca de la influencia de Alfred Fournier y la medicina francesa en México, véase ESTRADA, “La lucha por la hegemonía francesa”.

¹⁶ DURÁN, “Labor de Sociedad Mexicana de Profilaxis”, p. 1.

¹⁷ *La cruz blanca*, I:10 (1909), p. 1.

¹⁸ “Notas breves”, p. 4.

La Sociedad promovió la creación de dispensarios para la atención gratuita de los enfermos venéreos y contó con la colaboración de la Junta Española de Beneficencia y del Hospital de Jesús y Beistegui.¹⁹ Hubo opiniones discrepantes entre los miembros de la Sociedad respecto de la participación del gobierno en los dispensarios. Había quienes consideraban que era necesaria, pero no faltaron quienes criticaban la inactividad de la Sociedad por “esperar que todo lo resolviera el gobierno”.²⁰ Pero aún quienes consideraban que el gobierno debía formar parte de la lucha antivenérea, manifestaban que el “poder público” debía ser sólo un apoyo. El gobierno

debe ser, *no* la *única* o la *principal* palanca con que mover tan pesado carro, pero sí un socio protector, el primero, por ser, por su naturaleza, el fiel guardián de todos los intereses sociales. Y todo este trabajo es preciso que lo hagamos todos con arreglo a nuestras fuerzas, sin pretender que una parte sola haya de reportar el mayor peso.²¹

A pesar de los esfuerzos, la Sociedad enfrentó diversos obstáculos. A las constantes críticas se sumaba el limitado presupuesto con que contaba, pues los ingresos provenían de las cuotas pagadas por sus miembros y de donativos.²² Las sesiones y las colaboraciones disminuyeron, hasta que finalmente cesaron sus actividades en 1923.²³ Pero mientras la Sociedad de Profilaxis decrecía, el interés y el involucramiento de las autoridades sanitarias iba en aumento.

En 1918, el Consejo de Salubridad planteó la necesidad de actuar con “un *mínimum* de coacción y un *máximum* de convencimiento”, gracias a la profusa difusión de conocimientos con la colaboración de médicos.²⁴ Al parecer, entonces no había un plan concreto de acción que hiciera posible la difusión de conocimientos, pero las autoridades sanitarias del Departamento de Salubridad no tardaron en poner manos a la obra.

El reconocimiento de la utilidad de la propaganda, así como la nueva organización de la administración sanitaria favorecieron la difusión de conocimientos de profilaxis. El DSP se reestructuró en 1920 y al poco tiempo creó su Servicio de educación y propaganda

¹⁹ GONZÁLEZ, “Sesión de aniversario”, p. 2.

²⁰ GARCÍA, “La moral social”, p. 4.

²¹ GARCÍA, “La moral social”, p. 5.

²² *La cruz blanca*, I:5 (1909), p. 5.

²³ “Informe de los trabajos efectuados”, p. 3. “Por la Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral”, p. 4. *El amigo de la juventud*, 2ª época, 76-77(1923).

²⁴ *La Profilaxis de la sífilis en el Consejo Superior de Salubridad*, p. 35.

higiénicas,²⁵ que el Código Sanitario de 1926 ratificó.²⁶ Este último establecía que el DSP “desarrollará un constante servicio de propaganda de procedimientos y prácticas de higiene social e individual” (art. 284), que debía extenderse por toda la República (art. 296). A fin de llevar la propaganda por todo el país, el DSP quedaba facultado para tomar “todas las medidas que juzgue convenientes” (art. 296).

Estas nuevas facultades del DSP tenían varias implicaciones. La propaganda higiénica quedaba a cargo de una institución oficial con el apoyo y los recursos del gobierno federal, con alcances y repercusiones en todo el país. Por tanto, la difusión ya no estaba supeditada a los aportes de particulares, como fue el caso de la Sociedad Mexicana de Profilaxis Sanitaria y Moral. Además, el DSP determinó los asuntos que eran prioritarios para difundir, la manera y los medios que consideró adecuados para hacerlo. Así, el DSP pretendió establecer una suerte de “monopolio de verdad” médica, científica y moral que buscaba que las personas asumieran a fin de combatir las enfermedades. Al menos en el caso de las venéreas, la propaganda no se limitaba a dar a conocer los “hechos comprobados” sobre su sintomatología, prevención, diagnóstico y tratamiento, sino que expresó una serie de ideas sobre la sexualidad, la moral, la educación, entre otras, que en más de alguna ocasión resultaron polémicas. A pesar de ello, la propaganda daba al DSP una herramienta para presentar a la población su visión sobre la salud y la enfermedad.

Durante el gobierno del general Obregón se llevaron a cabo acciones “para contribuir a la campaña contra las enfermedades venéreas”. En 1921 el DSP organizó “en diversos lugares conferencias con proyecciones cinematográficas, para ilustrar al público en cuanto al peligro de esas enfermedades y el modo de defenderse de ellas.”²⁷ Las fuentes consultadas no dan cuenta del detalle de estas actividades, pero a partir de entonces, el DSP no cesó en sus labores de la lucha antivenérea.

Por acuerdo del presidente Obregón, para septiembre de 1923 se programó la Semana de Salubridad, que debía “ser secundada por todos los habitantes del país”. El tercer día de esta semana se consagró a la lucha contra la tuberculosis y las enfermedades

²⁵ PRUNEDA, “Higiene y educación”, p. 140.

²⁶ *Código Sanitario*, 1926.

²⁷ “Informe rendido por el C. Álvaro Obregón, 1921”, p. 113.

venéreas, y hubo exhibiciones de imágenes con los estragos de la sífilis y la blenorragia, así como pláticas relativas al tema.²⁸

Aunque el DSP comenzaba a promover actividades para la difusión de conocimientos sobre las enfermedades venéreas, hubo voces más allá de la administración sanitaria que pedían que se realizara una campaña contra la sífilis. El Primer Congreso Mexicano de Venereología celebrado en 1924 y auspiciado por la SEP,²⁹ el DSP y la Secretaría de Guerra y Marina, pidió una campaña “racional y enérgica” que llevara a cabo una obra “educativa y moralizadora... pero bien orientada”.³⁰

También el doctor Germán Díaz Lombardo, quien fuera director del Hospital Juárez y presidente de la Academia Nacional de Medicina, insistió acerca de la necesidad de la campaña en un estudio presentado al jefe del DSP. Díaz Lombardo instaba al Departamento a inculcar “a las masas sociales algunas ideas generales que ayudarían a intensificar con mayor éxito la campaña contra la SÍFILIS”. La propaganda –decía– debía ser “amena, sostenida y razonada” para tener mejores resultados.³¹

Antes de 1927, la propaganda antivenérea del DSP solía formar parte de labores más amplias de divulgación de la higiene. Un ejemplo de ello es el periódico *Mensajero de Salud*, que fue el órgano de difusión del Servicio de educación y propaganda entre 1922 y 1925.³² Su objetivo era “defender de las enfermedades a la patria” y convencer a sus lectores para que adoptaran hábitos higiénicos.³³ El *Mensajero* buscaba ser asequible para el mayor número de lectores posible. Su distribución era gratuita y pedía a las personas más instruidas que ayudaran a difundirlo.³⁴ Además, procuraba no sólo evitar los tecnicismos, sino utilizar un “lenguaje llanísimo” que pudiera comprender sin dificultad la mayoría de la población.³⁵ Otra forma de acercarse a sus lectores, fue su sección de consultas, que

²⁸ *Mensajero de Salud*, I:19 (1923), p. 4.

²⁹ Es importante resaltar que entonces Gastélum era Secretario de Educación, pues años más tarde sería él, como jefe del DSP, un gran promotor de la campaña antivenérea.

³⁰ “Discurso Inaugural a cargo del Dr. Francisco Castillo Nájera”, p. 20.

³¹ DÍAZ, “La campaña contra la sífilis”, p. 68.

³² AGOSTONI, “Las mensajeras de la salud”, p. 98-99. ZAVALA, “La difusión de la higiene en la prensa mexicana”, pp. 75-100.

³³ *Mensajero de Salud*, I:1 (1922), p. 1.

³⁴ *Mensajero de Salud*, I:3, p. 7.

³⁵ Esto lo indica el doctor Cantú Jáuregui con motivo de la invitación que los redactores le hicieron para que escribiera un artículo sobre las enfermedades venéreas. *Mensajero de Salud*, I:19, p. 3.

quedaba a “disposición de todas las personas que [necesitaran] cualquier consejo o instrucción, que se [realizara] con la índole de esta publicación”.³⁶

La difusión de este periódico pretendía ser nacional. Las cartas de los lectores publicadas en sus páginas dan cuenta de ello, pues procedían de diversos lugares del país, como Puebla, Pachuca, Yuriria (Guanajuato), Cotija (Michoacán), Durango, Teocuitlatlan (Jalisco), Acatzingo (Puebla), Guadalajara, Veracruz, Ciudad Victoria, Parral (Chihuahua), Estado de México, Pánuco (Veracruz), y Coahuila.

Los temas que trataba el *Mensajero* eran variados, por ejemplo “cómo has de escoger tus alimentos, cómo has de comer y cuidar tu boca, tu estómago y tus intestinos, y, si se ofrece, cómo has de procurar tu curación.”³⁷ Entre los diversos temas figuraron las enfermedades venéreas, pero más que recomendar medidas profilácticas o consejos terapéuticos, el *Mensajero* narraba historias de jóvenes que arriesgaban su futuro y el de su familia por alguna aventura ocasional o cotidiana. En estas historias se enfatizaban las consecuencias dramáticas de la enfermedad. Este era el caso de José Sánchez, cuya tragedia se expresó en un “corrido popular”. José, un hombre “rico, guapo, retejuerte y de mucha sociedad”, admirado y adulado tanto por mujeres como por varones, malgastó su herencia y su juventud en fiestas.

Al principio, las parrandas
no le hicieron ningún mal
y cantaba y se reía
como si fuera inmortal.
Con prostitutas y amantes
él tuvo tanto que ver
que se creyó el rey del mundo,
emperador del placer...
Mas como todo en la vida
tiene su fin, sucedió
Qu'en una parranda... Un chancro
Sifilítico pescó!

La tragedia, apenas comenzaba. José ya sin dinero, fue con un charlatán y su salud empeoró, al grado de que un año después de haber contraído la enfermedad ya no tenía

³⁶ *Mensajero de Salud*, I:1 (1922), p. 2. En general, las cartas enviadas al Mensajero eran felicitaciones, solicitud de ejemplares y consultas concretas sobre alimentación, trato de enfermos, medicinas, tratamientos, entre otros.

³⁷ *Mensajero de Salud*, I:1 (1922), p. 4.

campanilla y por lo mismo no podía hablar ni cantar. Además, le comenzaron a salir “asquerosísimos granos”. Pero la situación iba de mal en peor, pues a los tres años de haberse enfermado, la sífilis le carcomió la nariz. Solo, deforme y sin dinero, José Sánchez, finalmente se suicidó.³⁸

El *Mensajero* publicó otras historias tanto o más trágicas que la de José Sánchez, pues involucraban la descendencia de los enfermos. Por ejemplo, una pareja que hacía pocos meses que había regresado de su luna de miel fantaseaba con el fruto de su amor: “será fuerte, inteligente y generoso como tú, decía ella; será hermoso y bueno como tú, decía él.” Sin embargo, ella comenzó a sentirse mal y el médico le recomendó reposo absoluto, pero “venía el dolor físico y con él una horrible angustia”. El embarazo no llegó a término y aquel “esbozo ridículo de ser humano” quedó inerte. Ella, “marchita su hermosura” y él, “triturado su espíritu como por enormes montañas de responsabilidad y remordimientos, cuando el médico deslizó furtivamente en sus oídos, recordando las ligerezas de su primera juventud, esta palabra atroz: ¡Sífilis!”³⁹

Entre las desgracias provocadas por las enfermedades venéreas que narró el *Mensajero* estaba la historia de dos ciegos. Uno de ellos perdió la vista debido a que sus padres no lo vacunaron y enfermó gravemente de viruela. El otro, era hijo de un hombre con gonorrea que nunca se cuidó y de una mujer que no sabía que debía poner gotas de protargol en los ojos cuando estaba recién nacido para curarle la oftalmía purulenta.⁴⁰

Las trágicas historias sobre las graves consecuencias de las enfermedades venéreas publicadas en el *Mensajero* buscaban causar una fuerte impresión en lector que lo hiciera evitar tales padecimientos,⁴¹ pero este periódico no proporcionaba mayor información sobre cómo prevenirlos o tratarlos.

Aunque el *Mensajero* se decía “satisfecho” por las cartas que diariamente recibía de quienes encontraban en él un “leal amigo”,⁴² éste dejó de publicarse en 1925. La razón fue que el DSP decidió modificar sus estrategias en la difusión de conocimientos higiénicos. A partir de entonces, el DSP se propuso hacer “propaganda intensiva” para lograr una

³⁸ “La tragedia de José Sánchez”, p. 6.

³⁹ DEÍNOS, “Así sucede...”, pp. 4-5.

⁴⁰ DEÍNOS, “Así sucede...”, p. 6.

⁴¹ Este tema será profundizado en el siguiente capítulo.

⁴² *Mensajero de Salud*, I:4, p. 7.

“difusión más grande y oportuna”. Hojas sueltas y folletos sustituirían la publicación del periódico a fin de circular en más lugares y entre más gente. De tal manera, se pretendía que “la voz que aconseja se deje oír hoy y mañana y constantemente”. Esta insistencia, en teoría, contribuiría a “deshacer errores” y con el tiempo, a modificar hábitos.⁴³

Los nuevos impresos versaban cada uno sobre un sólo tema y estaban “convenientemente ilustrados”. Esta propaganda tenía mensajes breves y contundentes, y se realizó para la prevención de distintas enfermedades. Por ejemplo, hubo hojas sueltas que decían:

Contra la viruela sólo hay un arma segura
LA VACUNA
No permita Ud. que su niño salga por primera vez a la calle si antes no ha sido
vacunado.⁴⁴

Atrás quedaban las historias y las rimas del *Mensajero de Salud* para dar lugar a la divulgación masiva de impresos. Estos cambios en la comunicación del DSP con la población reflejan no sólo la mayor influencia de las autoridades sanitarias y la creciente importancia de la salud en la agenda de las políticas públicas, sino también la transformación de la propaganda en las primeras décadas del siglo XX. A fin de comprender mejor los cambios en la propaganda del DSP, se hará un breve repaso a algunas innovaciones en la propaganda a nivel mundial y su incorporación a la campaña antivenérea en el ejército de los Estados Unidos, la cual influiría directamente en la Campaña Nacional Antivenérea en México.

Novedades en la propaganda y la campaña antivenérea en el ejército de los Estados Unidos

En su *Histoire de la propaganda*, el filósofo y sociólogo Jacques Ellul afirma que la propaganda moderna surgió con la Primera Guerra Mundial, aunque de forma un tanto incoherente y temporal. Posteriormente –continúa– la Revolución rusa de 1917 la haría

⁴³ *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 1 (1925), p. 171.

⁴⁴ *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 1 (1925), p.171.

sistemática y permanente.⁴⁵ Después de analizar los casos de Alemania, Francia, Inglaterra y Estados Unidos, Ellul encontró que la propaganda tuvo características específicas en los años posteriores a 1914. En un principio fue promovida por particulares, aunque con el desarrollo de la guerra fueron creados servicios oficiales de propaganda, los cuales fueron especializándose debido al reconocimiento de la dimensión psicológica de la política. A pesar de ello, de acuerdo con Ellul, no hubo entonces grandes innovaciones técnicas y como estaba asociada con la guerra, fuera de ella no tuvo continuidad.⁴⁶

La situación cambiaría con la Revolución de 1917. El pensamiento marxista de la lucha de clases hacía de la guerra un estado permanente en el que era necesaria la toma de conciencia del proletariado. Esto, señala Ellul, impactó la propaganda de manera significativa, pues se percibió la necesidad de promoverla antes, durante y después de la revolución, es decir, permanentemente. Además, la propaganda dejó de ser exclusivamente política y militar para abarcar asuntos diversos de la educación del proletariado. Esta nueva propaganda se caracterizaría por la toma de conciencia de la importancia del fenómeno psicológico en las acciones políticas y económicas, así como el reconocimiento de la capacidad de la propaganda para influirlas. De esta manera, se comenzó a teorizar y a darle mayores fundamentos científicos y técnicos. Además, la difusión fue masiva y no sólo dentro de Rusia, sino hacia el extranjero.⁴⁷

La Primera Guerra Mundial sin duda marcó el desarrollo de la propaganda en todo el mundo y favoreció la creciente difusión de ideas encaminadas a dirigir la opinión y el actuar de la población. La campaña antivenérea en los Estados Unidos durante la Guerra es una muestra de cómo la propaganda comenzó desde entonces a ser más sistemática, innovadora y con más diversidad de contenidos de lo que planteaba Ellul.

La propaganda antivenérea tomó un gran impulso en ese contexto, quizá sobre todo y de manera más sistemática en los Estados Unidos. La preocupación por la salud pública y la prevención de tales padecimientos no era nueva, pues agrupaciones médicas y leyes hacían parte de la lucha antivenérea desde años atrás en distintos estados de la unión americana, por ejemplo, la Sociedad de Profilaxis Sanitaria y Moral de Nueva York,

⁴⁵ ELLUL, *Histoire de la propagande*, p. 104.

⁴⁶ ELLUL, *Histoire de la propagande*, pp. 111-113.

⁴⁷ ELLUL, *Histoire de la propagande*, pp. 113-125.

fundada en 1905. Los conflictos armados centraron la atención en el ejército, donde fueron llevadas a cabo acciones concretas de prevención, que posteriormente serían promovidas entre la población civil.

De acuerdo con Allan Brandt, la complejidad del “problema sexual” en el ejército americano quedó de manifiesto en la frontera con México, con la incursión de Pancho Villa en Columbus, Nuevo México en marzo de 1916.⁴⁸ La Sociedad Americana de Higiene Social llevó a cabo una investigación sobre la incidencia de las enfermedades venéreas en las tropas americanas acampadas entonces en el sur de Estados Unidos y encontró que casi el 30% de los soldados estaban enfermos.⁴⁹ La inspección sanitaria de prostitutas y las observaciones sobre el consumo de alcohol no arrojaron mejores resultados. Por ello, el estudio recomendó que para evitar que acudieran con las meretrices debía haber actividades de esparcimiento para los soldados en los campos de entrenamiento. El tema fue de gran interés para el gobierno norteamericano, y más aun con la entrada de los Estados Unidos a la guerra en abril de 1917. Entonces, el problema sexual en el ejército se convirtió en un asunto nacional.⁵⁰

El 17 de abril de 1917 el Secretario de Guerra creó la Comisión of Training Camp Activities (CTCA) que se encargaría de la recreación, la educación y el entretenimiento de los soldados para asegurar su salud y moralidad. Con ella colaboraron asociaciones voluntarias como la Americana de Higiene Social y la YMCA.⁵¹

Como parte de las actividades de la CTCA, hubo una intensa campaña de educación sexual y de prevención de enfermedades venéreas, en la que la psicología y la persuasión fueron herramientas importantes. Con la campaña se buscó inculcar en los soldados la continencia sexual al enseñarles que esta, a diferencia de lo que decían las creencias populares, era totalmente compatible con la virilidad. Además, fue difundida la idea de que el impulso sexual debía estar al servicio del matrimonio y la reproducción, y no del placer egoísta. Aun cuando tenían que ver con un ideal moral, estos conceptos fueron enfatizados y justificados desde la perspectiva de la ciencia, para evitar el “moralismo” asociado con la

⁴⁸ Acerca de la incursión de Villa en Columbus, KATZ, “Villa and the Attack on Columbus”, pp. 101-130.

⁴⁹ BRANDT, *No Magic Bullet*, p. 54.

⁵⁰ BRANDT, *No Magic Bullet*, p. 56.

⁵¹ BRANDT, *No Magic Bullet*, pp. 60-62.

educación sexual.⁵² Esta enseñanza no debía significar “una serie de sermones sobre moral”, sino que consistiría en la “presentación simple y clara de los principios biológicos que gobiernan la fisiología del sexo, la psicología sexual y las enfermedades venéreas.”⁵³

La marina y la armada se convirtieron en las “más grandes instituciones educativas americanas”. En ellas se consideró útil informar sobre la gravedad de la sífilis y la gonorrea, así como la manera de prevenirlas. Era necesario advertir esto a los militares, ya que se trataba de enfermedades a las que la gente se exponía generalmente de manera “voluntaria”.⁵⁴

Las autoridades norteamericanas, en su lucha contra las enfermedades venéreas, también combatieron “vicios” que consideraban que estaban asociados a ellas, como la prostitución y el alcoholismo. Las acciones emprendidas en este sentido fueron encaminadas a la prohibición y a difundir entre los militares la idea de que prácticamente todas prostitutas estaban enfermas y representaban por tanto un peligro del que debían precaverse.⁵⁵

La campaña de la CTCA buscaba disminuir la incidencia de las enfermedades venéreas, pero también formar mejores soldados, física y moralmente. Este interés por la prevención durante la guerra no sólo tuvo que ver con la eficiencia del ejército sino que, de acuerdo con la CTCA, era necesario elevar el “estándar moral nacional”. Y es que además de los males personales, familiares y sociales que provocaban las enfermedades venéreas, estas eran símbolo de “desorden social y degeneración moral”.⁵⁶

La campaña antivenérea realizada por la CTCA dispuso de todos los medios de difusión disponibles. Se llevaron a cabo conferencias, exhibiciones, se utilizaron carteles, folletos, diapositivas e incluso, fue producida la película *Fit to Fight* para los soldados. El material, en general, tenía un mensaje breve, en un lenguaje sencillo, acompañado de ilustraciones. En esta campaña los mensajes apelaban a la razón y la ciencia para convencer a los soldados, pero hubo también otros elementos que fueron considerados útiles en la

⁵² BRANDT, *No Magic Bullet*, p. 62.

⁵³ KLEINSCHMIDT, “Educational Prophylaxis of Venereal Diseases”, p. 28.

⁵⁴ CLARKE, “Social Hygiene and the War”, p. 259.

⁵⁵ BRANDT, *No Magic Bullet*, p. 72.

⁵⁶ BRANDT, *No Magic Bullet*, pp. 62 y 92.

persuasión como el miedo,⁵⁷ el valor, el patriotismo, el orgullo, el juego limpio y la caballeridad.⁵⁸ En un principio se consideró que “cualquier llamado de una naturaleza sentimental sería inapropiado para hombres en entrenamiento militar y que rápidamente se reirían a carcajadas del campo”. Sin embargo, la experiencia pronto mostró lo contrario, porque “de hecho se encontró que los muchachos en el campo eran particularmente susceptibles a los llamados sentimentales”, quizá por su soledad y la nostalgia de su hogar.⁵⁹



Portada del folleto “Keeping Fit to Fight”,
Journal of Social Hygiene, IV:2 (1918).



“Recuerde. La gente en casa está esperando que usted llegue con un registro honorable. No permita que una prostituta arruine la reunión”. *Journal of Social Hygiene*, V:5 (1919).

Esta campaña fue bastante significativa, pues aun cuando las ideas no eran novedosas, la forma de presentarlas al público y el respaldo oficial, no tenía precedentes.⁶⁰ Además, esta propaganda tuvo una gran influencia en la campaña que después se llevaría a cabo entre la población civil no sólo de los Estados Unidos, sino en otras partes del mundo.

La propaganda antivenérea promovida por la CTCA se valió de una serie de elementos técnicos que buscaban causar impacto y hacerla efectiva. Para ello, además de los conocimientos médicos, la psicología y el diseño gráfico fueron de gran importancia. La experiencia de incorporar herramientas de distintas especialidades para persuadir a la gente

⁵⁷ Allan Brandt señala que el miedo a las enfermedades venéreas quizá tuvo un papel importante en los intentos de promover abstinencia. BRANDT, *No Magic Bullet*, p. 64.

⁵⁸ KLEINSCHMIDT, “Educational Prophylaxis of Venereal Diseases”, p. 30.

⁶⁰ BRANDT, *No Magic Bullet*, p. 70.

ya había sido parte de la publicidad comercial. Esta fue cada vez más sistemática y durante las primeras décadas del siglo XX tuvo un proceso de profesionalización en países como Estados Unidos e Inglaterra.⁶¹ Médicos en distintas partes del mundo eran conscientes de la creciente importancia de la publicidad y no dudaban en plantear la necesidad de aprender de ella en beneficio de la salud pública. Así, la “publicidad en salud” debía plantear, a la manera de la comercial, principios básicos acerca de lo que se quería comunicar: por qué (propósito), qué (plan para una rutina de actividades), dónde (campo o secciones de la comunidad, generalmente hogar, escuela o grupos comunitarios), cuándo (cronograma acorde a situaciones), y cómo (seleccionar medios para grupos particulares, motivos, actitudes, estímulos y respuestas a factores psicológicos).⁶²

La *Crónica Médica Mexicana*, revista del Cuerpo Médico Mexicano, publicó al respecto en 1928 que “en Norteamérica, donde la capitalización de la salud se está llevando a su colmo, ya se habla de vender salud. Se vende salud como se vende un automóvil, y naturalmente se anuncia, pues, según la estereotipada frase, el que no anuncia no vende.”⁶³ La publicidad comercial se había mostrado “eficacísima” para formar hábitos higiénicos, pues apelando a la ciencia, a la moda o al buen gusto, los fabricantes de artículos dietéticos o higiénicos demostraban las ventajas de su producto con razones que eran “a veces expuestas de un modo tan gráfico y tan claro que, aun en el caso de que no se utilicen, convencen y por lo menos ilustran.”⁶⁴ Este “arte de llamar la atención” no era “ni pequeño ni despreciable”, y tenía mucho de ciencia, pues para lograr los resultados deseados se requería del conocimiento de la psicología⁶⁵ de lo que hoy se llamaría su “target”.

La propaganda sanitaria en México, como en otros países de América Latina, no fue ajena a las innovaciones que a nivel mundial se estaban dando y hubo un esfuerzo por incorporarlas de alguna manera. Los cambios en los contenidos y en la forma de redactar y presentar la información en *El Amigo de la Juventud* ya mostraban un creciente interés por hacer más efectiva la comunicación al incorporar textos amenos y posteriormente imágenes que hicieran más atractiva su lectura. Posteriormente, los cambios en la estrategia de

⁶¹ THOMSON, “The Science of Publicity”, pp. 253-272.

⁶² SIMPSON, ROSS, HANNA y WELLS, “Public Health Nursing”, pp. 442-447.

⁶³ BRAVO, “Algunas consideraciones sobre propaganda sanitaria”, p. 289.

⁶⁴ BRAVO, “Algunas consideraciones sobre propaganda sanitaria”, p. 291.

⁶⁵ BRAVO, “Algunas consideraciones sobre propaganda sanitaria”, p. 290.

difusión del DSP que llevaron a la suspensión del *Mensajero de Salud* para dar preferencia a otros impresos como posters, hojas sueltas y folletos, apuntaron precisamente a lograr mayor difusión e impacto en la población.

La campaña antivenérea de la CTCA en el ejército norteamericano incorporó de manera exitosa conocimientos técnicos de distintas ciencias y disciplinas a su propaganda. Las autoridades sanitarias federales en México conocieron estos avances y buscaron llevarlos a la población del país. Un gran esfuerzo en este sentido fue la Campaña Nacional Antivenérea de 1927.

La Campaña Nacional Antivenérea, 1927

En la Primera Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad Pública celebrada en septiembre de 1926 en Washington D.C., el jefe del DSP Gastélum anunció que en México se realizaría una campaña antivenérea. Debido a la gran incidencia de la sífilis en la población, la invalidez, los abortos y los partos prematuros que tal enfermedad producía, era necesario “proceder en el sentido más radical y más osado”, afirmaba Gastélum.⁶⁶ Entonces acababan de entrar en vigencia las normativas relativas a la exigencia del certificado prenupcial, la declaración obligatoria (Código Sanitario) y el control de la prostitución (Reglamento). Pero hacía falta instruir al pueblo sobre un asunto que, de acuerdo con Gastélum, había permanecido en el silencio y la penumbra. La prensa, que no dudaba en publicar “asuntos escandalosos” y anuncios de medicamentos con fines de “moralidad dudosa”, se mostraba “tímida” cuando se trataba de hablar de la sífilis. La enseñanza, por su parte, “calla vergonzosamente lo que tiene la obligación de decir”, dejando a los jóvenes ignorantes acerca del “aparato sexual y sus peligros”.⁶⁷

Continuar con el silencio era inmoral, y el DSP debía hacer que la sífilis “evolucione a plena luz, abiertamente”.⁶⁸ Por ello, el Departamento dispuso lo necesario para dedicar todo un año “a una propaganda extensa en todos los estados de la República”. Esta campaña instruiría sobre la prevención de la sífilis y la gonorrea, y mostraría la

⁶⁶ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 12.

⁶⁷ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 7.

⁶⁸ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 11.

pertinencia de la legislación antivenérea. De tal manera, se proponía persuadir a la gente sobre la utilidad del certificado prenupcial y llevar “hasta la última aldea el convencimiento de que la familia debe entregar a la hija al hombre sano.” El DSP esperaba contar en cada familia “con un colaborador que destruya la caótica trama de prejuicios que permite a la sífilis entrar al hogar de forma decente”.⁶⁹

La campaña era prometedora. “A todos los lugares del país llegará esta campaña no sólo en forma de propaganda, sino también como acción efectiva para extirpar los temibles males venéreos.”⁷⁰ En la campaña se utilizarían todos los medios de difusión disponibles para llevar su mensaje por todo el país. Aunque los contenidos de la propaganda “vulneraran los prejuicios”, se cuidaría que respetaran el pudor: con los niños “se obrará con tacto e inteligencia”, con las niñas con “mucho mayor cuidado”, y cada conferencia con los adultos sería “cuidadosamente meditada” para que “produzcan exclusivamente el efecto deseado”.⁷¹

La Campaña Nacional Antivenérea estaba programada para llevar la propaganda higiénica por todo el país durante un año. De ello se encargaría una brigada compuesta por “un jefe, tres estudiantes de medicina conferencistas, un fotógrafo y un manipulador de aparatos cinematográficos”.⁷² Seguramente este personal de la brigada cambió en el transcurso de la Campaña, de manera que en ella colaboraron distintos profesionales.

Esta forma de favorecer la educación popular por medio de un grupo itinerante no fue nueva. En 1923 iniciaron labores las Misiones Culturales promovidas por la SEP, que estaban encargadas de ir por todo el país para capacitar a maestros rurales para que enseñaran no sólo el alfabeto sino conocimientos prácticos y elementos para una vida más sana.⁷³ No es de extrañar que el DSP enviara una “misión” de propaganda higiénica por la República. Gastélum fue subsecretario y posteriormente secretario de Educación entre 1921 y 1924, y él conoció la organización, las labores, las dificultades y los aportes de las Misiones Culturales. Para 1927, ya como jefe del DSP, no dudó en promover la prevención de las enfermedades venéreas por medio de una brigada itinerante de especialistas. Además,

⁶⁹ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 14.

⁷⁰ “Una campaña sanitaria en toda la República”, p. 9.

⁷¹ “Una campaña sanitaria en toda la República”, p. 9.

⁷² *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 3, 1927, p. 13.

⁷³ Acerca de las Misiones Culturales, LOYO, *Gobiernos revolucionarios y educación popular*. VAUGHAN, *La política cultural en la revolución*. RABY y DONÍS, “Ideología y construcción del Estado”, pp. 305-320.

hay que considerar que entonces la coordinación de las autoridades sanitarias federales y locales no era constante y una “misión” antivenérea era una manera viable, tanto desde el punto de vista operativo como legal, en la que el DSP podía hacer llegar su propaganda a la mayor parte del país sin que implicara cambios importantes en la organización sanitaria.

La Campaña Nacional Antivenérea fue inaugurada en solemne acto a las once horas del día 16 de enero de 1927 en el teatro principal de Toluca. El doctor Gastélum, en representación del presidente de la República, fue el encargado de dirigir la ceremonia. También estuvieron presentes el secretario, el jefe y el personal del Servicio de Propaganda del DSP.⁷⁴ El hecho de que la campaña diera inicio en Toluca resulta significativo, pues al salir de la ciudad de México se enfatizaba su carácter “nacional”. Por otra parte, la cercanía de ambos lugares facilitaba el traslado de los funcionarios públicos y aunque seguramente no fue un factor decisivo, Toluca no era ajena a las conferencias y propaganda antivenérea, gracias al doctor Benavides.

En su discurso inaugural, Gastélum señaló dos grandes obstáculos que enfrentaba “toda acción generosa”, como la campaña que daba inicio: las dificultades económicas y el “estatismo”, es decir, la “quietud, pasividad, inercia”. El más trascendente era este último, pues era más difícil acabar con “el estatismo de los que tenemos la obligación de solucionar las necesidades públicas, así como vencer la resistencia a todo mejoramiento de los intereses que accionan a nombre de la rutina y del provecho personal.” La tarea era difícil y el DSP lo sabía. La resistencia y las críticas se veían venir. Aún así, primaba el optimismo. Gastélum prometía que con esta campaña se respetaría el pudor, pero se vulneraría la gazmoñería; se darían consejos, pero se necesitaría la “colaboración inteligente y voluntaria” de la gente. Así, invitaba a “señoras, obreros, empleados y jóvenes” presentes a “presentad vuestro generoso concurso a la labor que hoy iniciamos.” Finalmente, concluía, “el espectáculo será hermoso, porque, al enaltecer las virtudes domésticas, haremos a los niños felices y a los padres los llenaremos de una delirante y gloriosa alegría.”⁷⁵

Tan pronto concluyó el acto inaugural, iniciaron las actividades de la Campaña. Al discurso de Gastélum lo sucedió una conferencia sobre enfermedades venéreas que dictó el

⁷⁴ “Inauguración de la Campaña Nacional Antivenérea”, p. 162.

⁷⁵ “Discurso pronunciado por el doctor Bernardo Gastélum en el teatro principal de Toluca”, pp. 5-8.

jefe de la Sección de propaganda, el doctor Octavio Rojas Avendaño.⁷⁶ También hubo charlas para los presos de la cárcel municipal, los militares de las tropas de un par de regimientos, y para “las damas de la población”. Esta última fue presentada por la doctora Ursúa, seguramente para respetar el pudor de las mujeres y darles mayor confianza para que asistieran y se informaran sobre un asunto que el DSP reconocía que involucraba tanto a los varones como a las damas.

En los mercados, los portales, la vía pública y otros “centros populares de reunión” fueron exhibidos “carteles de enseñanza higiénica” y también se llevaron a cabo conferencias de prevención y “corrección” de las enfermedades venéreas.

Por la tarde, en el Tívoli Obrero de Toluca⁷⁷ se realizó el “programa obrero”, que inició con una conferencia ante 500 parejas en el salón de baile de este centro recreativo. Hubo pláticas en el teatro del Tívoli que, de acuerdo con el DSP, tuvieron una concurrencia de 5,000 personas. A la misma hora, y también con “numeroso público”, el doctor Saavedra dictó una conferencia en el Circo acerca de “la gravedad de las enfermedades venéreas en las clases laborantes”. Para cerrar las actividades del día, fue proyectada la película *Listos para vencer* ante “un grupo de más de 2,000 espectadores”.⁷⁸

Las actividades de la campaña continuaron en el Estado de México. Al día siguiente fueron presentadas tres conferencistas en la Villa de Metepec “ante muy numerosa asistencia de campesinos y trabajadores”. Al tiempo, el doctor Saavedra habló en la Escuela Normal de Toluca “a todo el personal de maestros y estudiantes de las escuelas superiores.” La propaganda impresa fue repartida profusamente. En Toluca, Metepec, San Juan de las Huertas, Cacalomacán, Capultitlán y en otras poblaciones de los alrededores fueron colocados carteles y 28,000 folletos de propaganda antivenérea fueron repartidos entre la gente.⁷⁹

⁷⁶ Octavio Rojas Avedaño (1900-1971) estudió medicina en su natal Ciudad de México y fue catedrático durante 45 años de la Facultad de Medicina. Fue director de la campaña antituberculosa en 1930 y trabajó en la Cruz Roja Mexicana, el Hospital de la Mujer, el Hospital General, Juárez y Militar. Fundó el Centro de Enterología. Fue autor de numerosos textos especializados. Formó parte de varias agrupaciones médicas: miembro emérito fundador de la Academia Mexicana de Cirugía, miembro fundador y presidente de la Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, miembro de la Sociedad Internacional de Gastroenterología, del Colegio Indolatino de Cirujanos, entre otras. *Diccionario Porrúa*.

⁷⁷ El Tívoli se encontraba al poniente de la Alameda y fue inaugurado en 1903. Contaba con espacios para practicar deportes, salones de juego, biblioteca y lavaderos. En el Tívoli se llevaban a cabo espectáculos de teatro, cine, acróbatas, títeres, etc. ESCAMILLA, *Los paseos dominicales en Toluca*, p. 167.

⁷⁸ “Inauguración de la Campaña Nacional Antivenérea”, p. 163.

⁷⁹ “Inauguración de la Campaña Nacional Antivenérea”, p. 163.

Un programa similar fue llevado a cabo en Tenango y El Oro. Hubo conferencias en lugares públicos, distribución de folletos, proyección de películas y también fueron colocados carteles en los muros de los sitios más concurridos. En El Oro las conferencias fueron presentadas ante 200 reclusos de la cárcel municipal, en las escuelas de niños, con los soldados de los regimientos del lugar y con las damas de la población.⁸⁰

La Campaña Nacional Antivenérea continuó su recorrido por el estado de Morelos. El 30 de enero hubo conferencias con los presos de la cárcel municipal de Cuernavaca y con los militares establecidos en este lugar. En el mercado, las calles y las plazas hubo pláticas y carteles alusivos. Por la tarde fueron proyectadas películas y médicos dictaron conferencias ante una audiencia de 2,000 personas en el teatro Morelos. En los días siguientes las labores de propaganda continuaron en pueblos cercanos como Temisco, Xochitepec, Apuyeca, Puente de Ixtla y Tetecala. Ahí, se dieron pláticas al aire libre en mercados, plazas y otros “centros de reunión popular”. También hubo conferencias en sociedades de padres de familia y escuelas de niños.⁸¹

La brigada de la Campaña recorrió otros estados del país. En Hidalgo estuvo un par de veces “a petición del público y las clases trabajadoras”. También fue a Querétaro y a Aguascalientes, donde a pesar de los elogios, “por circunstancias especiales de la localidad no se hicieron labores con la amplitud acostumbrada”. La Campaña continuó en Guanajuato, donde se ofreció al DSP que manejara el presupuesto local. En Morelia, Michoacán se desarrolló una “amplia labor”, al igual que en Jalapa, Veracruz. También hubo actividades en Tlaxcala, Puebla y San Luis Potosí. Posteriormente, en Monterrey, Nuevo León se trabajó “con toda amplitud” y hubo “singulares atenciones de todas las clases sociales”. En Ciudad Victoria, Tamaulipas, el gobierno del estado y la delegación sanitaria apoyaron la Campaña con la organización de una semana de salubridad. La Campaña siguió en Coahuila y luego en Sinaloa y Sonora, donde hubo trabajos “con total amplitud”. Finalmente, la misión visitó el distrito norte de Baja California, donde la prensa local “favoreció la Campaña”.⁸² El recorrido no fue continuo, sino que las “necesidades de

⁸⁰ “Inauguración de la Campaña Nacional Antivenérea”, p. 163.

⁸¹ “Inauguración de la Campaña Nacional Antivenérea”, p. 164.

⁸² *Memoria de los trabajos realizados por el DSP, 1925-1928*, pp. 259-262.

⁸³ ROJAS, “Misión Nacional Antivenérea”, p. 162.

transporte⁸³ y la logística hacían que la misión regresara a las poblaciones de mayor importancia para luego seguir con su camino.

El DSP destacó en su *Memoria* la incansable labor de la Campaña, que contó con la cooperación de “todos los ayuntamientos” de las poblaciones visitadas, los cuales se encargaron de imprimir las invitaciones a las conferencias y exhibiciones, “objeto principal de la misión”.⁸⁴ Otra actividad importante fue la repartición de propaganda impresa, que en el caso de los folletos superó el millón de ejemplares distribuidos en los estados visitados.⁸⁵

Además de la colaboración de las autoridades locales, la Campaña Nacional Antivenérea contó con el apoyo de empresas. La Mexico Trading Co. costó la impresión de 10,000 láminas litografiadas sobre la sífilis y las enfermedades venéreas, y “El libro diario” obsequió 5,000 carteles para la campaña.⁸⁶ Se desconocen los términos en los que las empresas patrocinaron dicho material y si representó para ellas algún tipo de beneficio fiscal o publicitario, pero para el DSP era importante contar con más impresos, pues eso daba la posibilidad de que su propaganda fuera vista por más personas y, eventualmente, que su mensaje fuera entendido, asimilado y puesto en práctica.

El patrocinio de propaganda sanitaria por parte de empresas no fue nuevo.⁸⁷ Con anterioridad ya había colaborado otras empresas, como la Compañía de Tranvías, que publicó folletos sobre aseo, la Compañía American Chemical, que obsequió 5,000 carteles sobre el aseo de la boca y “El anuncio eficaz”, que permitió que se colocara gratuitamente propaganda del DSP en sus escaparates de varios puntos de la ciudad de México.⁸⁸

La Campaña Antivenérea, con su carácter nacional, pretendía llegar a todo el país. Quince fueron los estados que recorrió la misión durante 1927, y al tiempo que la brigada a cargo realizaba sus labores en los estados, el DSP hacía “otro tanto” en la capital. De hecho, en los años anteriores al inicio de la Campaña Nacional, el DSP ya había llevado a cabo actividades de propaganda similares a las que emprendía en 1927 la brigada en la provincia.

⁸⁴ ROJAS, “Misión Nacional Antivenérea”, p. 263.

⁸⁵ ROJAS, “Misión Nacional Antivenérea”, p. 263.

⁸⁶ ROJAS, “Misión Nacional Antivenérea”, p. 265.

⁸⁷ GUDIÑO, “Campañas de salud”, pp. 97-98.

⁸⁸ “Servicio de Demografía”, 1926, p. 172.

En la ciudad de México continuaron las conferencias, matinées de cine de propaganda, folletos, carteles y conferencias de radio.⁸⁹

Si bien el recorrido de la misión de la Campaña fue considerable, éste no fue tan amplio como lo había propuesto inicialmente el DSP. Chihuahua, Guerrero, Oaxaca, Tabasco, Yucatán, Quintana Roo, Nayarit, Jalisco y Colima quedaron fuera la Campaña. Es posible que hubiera dificultades económicas y logísticas que imposibilitaron el arribo de la misión a todos los lugares programados. Pero en otros casos, seguramente tuvieron que ver los conflictos y la lucha armada entre los cristeros y el gobierno.⁹⁰ Así, las “circunstancias especiales” que dificultaron el desarrollo de la Campaña antivenérea en Aguascalientes estaban vinculadas al movimiento cristero iniciado en noviembre de 1926 contra las políticas anticlericales del gobierno del presidente Calles.⁹¹ Dicho movimiento inició en el municipio de Calvillo, colindante con otra región que ha sido reconocida por su simpatía con los cristeros: los Altos de Jalisco.⁹²

En tales circunstancias, el paso de la brigada de la Campaña a Jalisco era muy arriesgado. La lucha armada en regiones importantes de dicho estado y en las zonas colindantes con Aguascalientes, Michoacán y Guanajuato hacía prácticamente imposible el paso de la misión. Si bien la Campaña estuvo en estados con niveles importantes de conflicto como los anteriormente mencionados, hay que destacar que en dichas entidades la visita de la Campaña se limitó a las capitales y sus alrededores y no fue a otros municipios donde la lucha era intensa o la presencia cristera era importante. Así, por ejemplo, aunque hubo en Morelia una “amplia labor”, la misión no fue hacia el occidente de estado (Zamora, Sahuayo, Los Reyes) ni hacia la costa (Coalcomán).⁹³ En este contexto, la visita a estados como Colima, Nayarit o Zacatecas quedaba fuera del alcance de la brigada de la Campaña Antivenérea.

⁸⁹ *Memoria de los trabajos realizados por el DSP, 1925-1928*, p. 264.

⁹⁰ MEYER, *La Cristiada*.

⁹¹ SALMERÓN, “Un general agrarista en la lucha contra los cristeros”, pp. 537-579.

⁹² GONZÁLEZ NAVARRO, *Cristeros y agraristas en Jalisco*. TUCK, *The Holy War in Los Altos*.

⁹³ BUTLER, *Popular Piety and Political Identity*. GUERRA, “Guerra cristera y orden público en Coalcomán”, pp. 325-362.



Estados donde se llevaron a cabo actividades de la Campaña Nacional Antivenérea, 1927. Mapa de elaboración propia con información de la *Memoria de los trabajos realizados por el Departamento de Salubridad, 1925-1928*.

Además de las situaciones adversas que encontró la misión en algunos lugares y de las dificultades propias de trasladar la propaganda sanitaria por el país, la Campaña Nacional Antivenérea enfrentó una “resistencia tenaz” que, “como era natural”, era más visible en provincia y en las poblaciones más pequeñas. Esta resistencia –a decir del DSP– venía por lo general de “gentes en quienes el prejuicio y la mala educación impedían comprender el benéfico alcance social de esta campaña.” Pero aun entre los médicos hubo quienes se oponían, “probablemente por falta de comprensión del propósito que se seguía.”⁹⁴ De cualquier manera, la valoración que el DSP hizo de la Campaña fue positiva, pues tenía la convicción de que la insistencia de la propaganda y su profusión estaban logrando “despejar” un ambiente adverso. Así, “a medida que el tiempo ha transcurrido y que los oídos se han acostumbrado a escuchar los nombres de las enfermedades más odiosas, ha ido desapareciendo esta resistencia y ha sido sustituida por una fácil comprensión de las mismas clases sociales que comenzaron por alarmarse más del atrevimiento de esta campaña”.⁹⁵ A pesar del optimismo, la afirmación del DSP acerca de la “fácil comprensión” parece haber sido más el producto de una percepción subjetiva que de una evaluación juiciosa. Entonces, al DSP le interesaba más que el reparto de impresos fuera profuso y las conferencias y películas concurridas, como si el hecho de que la

⁹⁴ *Memoria de los trabajos realizados por el DSP, 1925-1928*, p. 258.

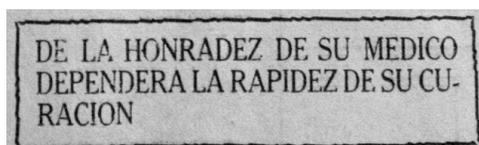
⁹⁵ *Memoria de los trabajos realizados por el DSP, 1925-1928*, p. 258.

propaganda llegara a más personas implicara que su mensaje sería comprendido y puesto en práctica por más gente. Estas ideas fueron cuestionadas, como se verá más adelante.

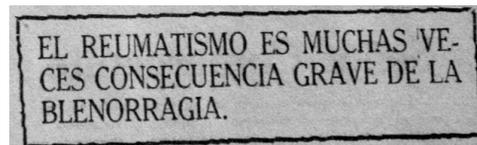
La propaganda antivenérea del DSP se valió de todos los medios impresos, visuales y auditivos para insistir con su mensaje y llegar al mayor número posible de personas. Si bien esta propaganda no se limitó a la Campaña Nacional de 1927, fue gracias a ella que tuvo su mayor difusión. A continuación se hará un repaso de los principales medios de propaganda y su contenido.

- Los impresos

El DSP utilizó en su campaña contra la sífilis y la gonorrea impresos que iban desde carteles hasta tiras de hoja de lata, papel y cartón. En ellos había escritas “frases de impacto” acerca de las enfermedades venéreas y de las medidas sanitarias promovidas por el DSP. “Los charlatanes le quitarán su dinero; pero no su blenorragia”, “La sífilis y la blenorragia son impedimentos legales y morales para el matrimonio”, “El certificado de salud es la joya más valiosa para novia”, eran algunas de las frases con las que se buscaba impactar a la gente.⁹⁶ Otros ejemplos de este tipo de propaganda son los siguientes:



DE LA HONRADEZ DE SU MEDICO
DEPENDERA LA RAPIDEZ DE SU CU-
RACION



EL REUMATISMO ES MUCHAS VE-
CES CONSECUENCIA GRAVE DE LA
BLENORRAGIA.

Reproducción de tiras de papel, en “Una campaña sanitaria en toda la República ...”, *El Universal*, 1 de enero de 1927, p. 9

La brevedad de los mensajes, además de pretender captar la atención y lograr un mayor impacto, permitía la impresión de más ejemplares, un asunto al que el DSP dio bastante importancia. La mayor cantidad de material circulando suponía una mayor insistencia y con ello, al menos en teoría, una mejor comprensión y una eventual interiorización y puesta en práctica del mensaje.

Las frases cortas en pequeños pedazos de papel, lata o cartón cobraban sentido a la luz del conjunto de la propaganda sanitaria del DSP. Con brevedad “telegráfica” reiteraban

⁹⁶ *Memoria de los trabajos realizados por el DSP, 1925-1928*, p. 258.

los peligros de las enfermedades venéreas que de manera más amplia expresaban las conferencias, los folletos y las películas.

La propaganda en hojas impresas fijas y volantes era “muy nutrida”, y con ella prácticamente se “inundarían” los lugares a donde llegara la campaña. Los carteles se exhibirían en las paredes de cada población y para ello el DSP había preparado “varios millares de carteles alusivos, grabados de manera artística y llamativa para ser repartidos en todo el país.” Cada municipio que visitara la Campaña debía cooperar “permitiendo la fijación de los carteles y cuidando su conservación, en los lugares públicos más visibles de los pueblos y ciudades”.

Los carteles permitían dar más información que las tiras impresas. Su contenido siguió con la misma lógica de las frases cortas de impacto, pero esta vez con imágenes. Estas hacían la propaganda más llamativa, más dramática y también más asequible a las personas que no sabían leer. En este sentido, debe tenerse en cuenta que el analfabetismo era común, a pesar de las campañas de alfabetización impulsadas por la Universidad Nacional a partir de 1920 y continuadas por la SEP desde su creación en 1921. Según las autoridades federales de esos años, entre 1920 y 1924 se alfabetizaron 150 000 personas en todo el país.⁹⁷ Otros cálculos estiman una cantidad de entre 80 000 y 100 000 alfabetizados en ese periodo, lo cual, a decir de Claude Fell, “puede obviamente parecer modesto comparado con los millones de analfabetos que existían por entonces en México”.⁹⁸

Los carteles integraban el texto y la imagen para enfatizar el peligro y las consecuencias de las enfermedades venéreas. “¡CIEGO!”, una primera alerta para llamar la atención. Posteriormente, el por qué y la advertencia: “PORQUE SUS PADRES NO SE CURARON LA GONORREA”. “LA MAYOR PARTE DE LOS NIÑOS CIEGOS SON HIJOS DE PADRES BLENORRÁGICOS”.⁹⁹ El texto iba acompañado de una imagen de un niño con los ojos “en blanco” y su perro lazarillo, que enfatizaban su ceguera. Así, el cartel buscaba claridad y contundencia.

⁹⁷ FELL, *José Vasconcelos*, p. 46.

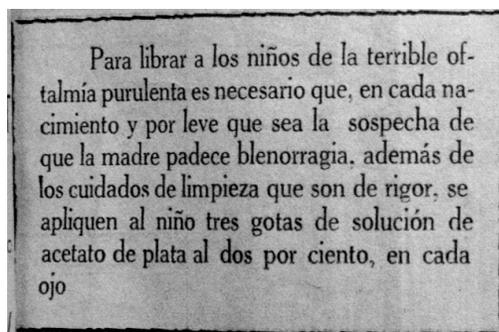
⁹⁸ FELL, *José Vasconcelos*, p. 47. Fell no da una cifra del número de analfabetos. Según el INEGI, para 1970 el 25.8% de la población mayor de 15 años era analfabeta. Para 2010 la cifra descendió al 6.9%. <http://www.inegi.org.mx>

⁹⁹ “Una campaña sanitaria en toda la República”, p. 9.



Reproducción de cartel, en “Una campaña sanitaria en toda la República ...”, *El Universal*, 1 de enero de 1927, p. 9

El cartel, “grabado de manera artística y llamativa”, ponía su arte en función del mensaje y llamaba la atención sobre él. Esta era propaganda “de impacto”. En él se informaba sobre el peligro que la gonorrea no tratada representaba, no sólo para quien la padecía sino para sus hijos, pues era una enfermedad transmisible a la descendencia que tenía como consecuencia la ceguera de los últimos. Asimismo, el cartel expresaba la posibilidad y la necesidad de que los enfermos se curaran. Las explicaciones acerca de qué era la gonorrea o blenorragia, cómo prevenirla, curarla y cómo evitar sus consecuencias en los hijos de los enfermos se trataban de hacer llegar a la población por otros medios. Así por ejemplo, se distribuyeron hojas sueltas con las indicaciones para “librar a los niños de la terrible oftalmía purulenta”.¹⁰⁰



Reproducción de hoja suelta, en “Una campaña sanitaria en toda la República ...”, *El Universal*, 1 de enero de 1927, p. 9

¹⁰⁰ “Una campaña sanitaria en toda la República”, p. 9.

El DSP insistió en la simultaneidad con la que se presentaba la propaganda en cada lugar que la Campaña visitaba. Los mensajes breves de las tiras de papel y los carteles debían complementarse con las explicaciones de las conferencias, las hojas sueltas y los folletos.

Los carteles quedaban visibles en lugares públicos, tanto cerrados como abiertos, donde también se ofrecían conferencias y se repartían impresos. Esto puede observarse en una fotografía publicada en la *Memoria* del DSP de 1925 a 1928. Carteles alusivos a la ceguera provocada por la blenorragia colgaban de las paredes del cine teatro “Variedades” en la ciudad de Puebla,¹⁰¹ donde cientos de personas acudieron a la función de matinée.¹⁰²



Foto de una función en el cine “Variedades” de Puebla. El recorte de la foto en el lado derecho muestra la colocación de carteles alusivos a la Campaña antivenérea. *Memoria de los trabajos realizados por el DSP, 1925-1928*, t. II, México, ediciones del DSP, 1928.

Para los médicos del DSP era clara la relación y complementariedad de la propaganda, pero cabría cuestionar si la gente para quien estaba dirigida también lo entendió de esa manera. Resulta difícil saberlo ya que las fuentes consultadas no abundan sobre este tema. Por otra parte, los reportes del DSP enfatizan las labores realizadas, la cantidad y el tipo de propaganda repartida, así como la gran concurrencia a sus eventos,

¹⁰¹ Cuando el Teatro Variedades fue inaugurado en 1908 tenía una capacidad para 2500 personas distribuidas en localidades de lunetas, plateas y balcones. En 1921 hubo un incendio que lo destruyó. Fue reconstruido y posteriormente reinaugurado en 1923. WOLFSON, *Dos cines en la vida de Puebla en el siglo XX*.

¹⁰² *Memoria de los trabajos realizados por el DSP, 1925-1928*, p. 258.

pero no plantean qué recepción tuvo su mensaje más allá de consideraciones generales acerca de la “resistencia” y la “alarma” inicial que posteriormente fueron sustituidas por una “fácil comprensión”.¹⁰³

Después de las conferencias y las proyecciones de películas se solían repartir folletos. En las poblaciones visitadas del Estado de México, el DSP distribuyó 28,000 ejemplares y dio otros 10,500 en la primera matinée de cine en la ciudad de México.¹⁰⁴ Antes del inicio de la Campaña, el DSP ya repartía folletos alusivos a diversas enfermedades, entre ellas, las venéreas. En 1926 publicó varios: “El paludismo mata” (60,000 ejemplares), “El piojo” (100,000), “Los amigos de la salud”, “La mejor herencia” (10,000), “Instrucciones a los enfermos de sífilis” (30,000) e “Instrucciones para los que padecen blenorragia” (30,000). Estos últimos fueron distribuidos principalmente en los dispensarios antivenéreos.¹⁰⁵

Los folletos del DSP no pasaron inadvertidos y desde que comenzaron a circular generaron polémicas. Un periódico capitalino publicó en abril de 1926 que el DSP, de acuerdo con la SEP, había repartido en escuelas católicas “unos folletos en los que se ofende de manera indigna el pudor de los adolescentes”. Preocupados de que tales afirmaciones erróneas pudieran “menoscabar la reputación del Departamento de Salubridad, que es cauteloso en materia tan delicada”, sus integrantes “suplicaron” al periódico *El País* que aclarara la situación: “el Servicio de Propaganda y Educación Higiénicas de Salubridad no ha editado ningún folleto de esa naturaleza, y menos lo ha repartido en las escuelas católicas, como se dice en la información del diario vespertino”.¹⁰⁶ Además del contenido de estos folletos, debe tenerse en cuenta que la polémica se dio en un contexto en el que las medidas anticlericales del gobierno del presidente Calles generaron tensiones y conflictos con grupos católicos. Experiencias y críticas como estas no hicieron que el DSP cesara en sus esfuerzos de propaganda ni que cambiara su enfoque, pero sí lo llevaron a enfatizar su interés por no ofender el pudor.

¹⁰³ *Memoria de los trabajos realizados por el DSP, 1925-1928*, p. 258.

¹⁰⁴ “Inauguración de la Campaña Nacional Antivenérea”, p. 163. *Memoria de los trabajos realizados por el DSP, 1925-1928*, p. 264.

¹⁰⁵ “Servicio de Propaganda y Educación Higiénicas”, 1926, pp. 375-382.

¹⁰⁶ “Salubridad hace propaganda en el público (rectificación)”, p. 408.

La distribución de folletos continuó durante la Campaña Nacional Antivenérea. Uno de estos folletos (el único que he podido localizar) versa sobre la sífilis. En su portada se pueden leer frases de impacto, en un tono similar a las escritas en otros impresos: “UN PADRE SIFILÍTICO ES LA RUINA DE LA FAMILIA. EL CERTIFICADO DE SALUD GARANTIZA LA FELICIDAD DEL MATRIMONIO”.¹⁰⁷ También a semejanza de los carteles, en este folleto se presenta una imagen conmovedora que se integra con el texto para enfatizar el mensaje: el hombre enfermo, inválido, inútil para el trabajo y responsable de haber llevado la sífilis al hogar; la mujer en cama, contagiada, llorando desconsolada; y al frente, un par de niños con sus cabezas deformadas por la enfermedad, con signos de la sífilis hereditaria.



Portada , “Un padre sífilítico es la ruina de la familia”, 1927.

El folleto tiene ocho páginas con textos que tienen estos títulos: ¿Qué es la sífilis?, Cómo se adquiere, Herencia, Gravedad y Profilaxis. Además de esta información, en su interior hay imágenes y frases de impacto destacadas en color rojo, por ejemplo: “LA SÍFILIS ES IMPEDIMENTO LEGAL Y MORAL PARA EL MATRIMONIO”, “LA SÍFILIS ES LA CAUSA PRINCIPAL DE LOS ABORTOS”, “LA SÍFILIS NO SE CURA CON HIERBAS. NO PONGA SU SALUD EN MANOS DE CHARLATANES”, entre otras.

¹⁰⁷ Folleto “Un padre sífilítico es la ruina de la familia”.



Folleto "Un padre sífilítico es la ruina de la familia", Departamento de Salubridad Pública, 1927, pp. 1 y 2.

El folleto tiene como temas principales la sífilis y los peligros que representa para la persona en cada etapa de su desarrollo, su carácter hereditario, sus mecanismos de transmisión, sus síntomas y signos. Asimismo, trata asuntos relacionados con la propagación y la prevención de la enfermedad como el certificado prenupcial, la educación sexual y la charlatanería.

El folleto define a la sífilis como "una enfermedad muy extendida y peligrosa porque se transmite por contagio del individuo enfermo a los individuos sanos". En él se describe el desarrollo de la enfermedad desde la entrada del microbio que la provoca (treponema pálido) hasta los daños en lo más profundo del organismo y la muerte.

Aunque el DSP procuraba que las explicaciones fueran sencillas, el folleto no está exento de vocabulario técnico, que de alguna manera enfatiza el carácter científico que el DSP pretendía dar a su información. Así, este impreso dice que el treponema pálido, que se encuentra en las lesiones húmedas de la persona enferma, pasa por contacto directo, o eventualmente por algún objeto contaminado, a una persona sana. Una pequeña excoriación es suficiente para que el microbio infecte, dejando una lesión que se llama chancro. Éste, aun sin tratamiento desaparece y deja una cicatriz endurecida, pero esto no significa que la enfermedad se ha curado. Semanas después aparecen lesiones secundarias en la piel y en las mucosas. En todas partes del cuerpo aparecen llagas y granos que llegan a supurar. Si no se atiende, sigue el periodo terciario, en el que "el treponema ha pasado a los órganos más

profundos” y queda “acuartelado” en las vísceras, huesos y arterias, provocando “trastornos muy graves” como angina de pecho, hemorragias, parálisis, tabes,¹⁰⁸ dolores fulgurantes y úlcera gástrica.¹⁰⁹

El folleto también enfatiza las graves consecuencias de la sífilis en el embarazo. En primer lugar, la enfermedad puede provocar que no llegue a término y si se logra, es factible que muera el recién nacido. Si ha sobrevivido, el bebé presentará los síntomas y signos de los padres, más las manifestaciones de la “infección congénita”. El folleto afirmaba que serán personas idiotas, epilépticas, con deformaciones en los órganos “y muchas otras calamidades”.¹¹⁰

Por lo anterior, el folleto enfatizaba que los individuos tenían el deber de protegerse de la enfermedad, y quienes habían sido contagiados tenían la obligación de curarse y no seguirla transmitiendo. De acuerdo con el folleto, la sífilis no debía considerarse vergonzosa ni tenía por qué ocultarse, por el contrario, debía buscarse el tratamiento médico oportunamente y continuarlo hasta que el médico lo indicara. En caso de no contar con recursos económicos, se sugería acudir a un dispensario del DSP.

Aunque este folleto brindaba información con base en los conocimientos médicos de la época, su contenido no podría catalogarse como estrictamente “científico”, pues en él influyen consideraciones morales que hacían parte de la explicación de la transmisión de la sífilis. La portada misma del folleto plasma ideas acerca del matrimonio y la sexualidad masculina y femenina. No es coincidencia que sea el padre sifilítico quien causa “la ruina del hogar” y no la madre enferma; que el criminal que engendra hijos sifilíticos sea el hombre y no la mujer. “La transmisión consciente de la sífilis es un delito. El hombre que engendra hijos sifilíticos, es un criminal”, afirmaba contundente el folleto.¹¹¹

Cuando trataba el tema del matrimonio, el folleto decía que lo mejor sería que ambos contrayentes se casaran “indemnes”, pero “tratándose de la mujer, el ideal es que no tenga relaciones sexuales fuera del matrimonio, puesto que éste está garantizado por las

¹⁰⁸ Tabes: “Enfermedad de los cordones posteriores de la médula espinal, de origen sifilítico, cuyos síntomas principales son la ataxia, la abolición de los reflejos y diversos trastornos de la sensibilidad.” Diccionario de la Real Academia Española, www.rae.es

¹⁰⁹ Folleto “Un padre sifilítico es la ruina de la familia”, pp. 1-4.

¹¹⁰ Folleto “Un padre sifilítico es la ruina de la familia”, p. 5.

¹¹¹ Folleto “Un padre sifilítico es la ruina de la familia”, p. 5.

disposiciones sanitarias que impiden que se efectúe cuando puede haber alguna posibilidad de contagio; en esta forma se asegura a la mujer su salud y la de su descendencia”.¹¹²

En el caso de los varones la situación cambia. A ellos aconsejaba que antes de tener relaciones sexuales se untaran una pomada de calomel y glicerolado de almidón, y que posterior al acto se hicieran un lavado con jabón desinfectante e inmediatamente después se aplicaran una pomada de lanolina, calomel, vaselina y bicloruro de mercurio. A los hombres no se les recomendaba abstenerse del sexo extramarital y es claro que estas indicaciones no eran para tener relaciones sexuales con la esposa, que se suponía había llegado virgen al matrimonio. Además, la página donde están estas recomendaciones termina con la siguiente frase de impacto: “LAS MUJERES FÁCILES SON EL MEJOR MEDIO DE ADQUIRIR LA SÍFILIS”.¹¹³ Así, aunque el folleto no trata directamente sobre la prostitución, de alguna manera hace referencia a la vieja idea de que es “la fuente” del contagio: “mujer fácil” (prostituta) – hombre – esposa – hijos.

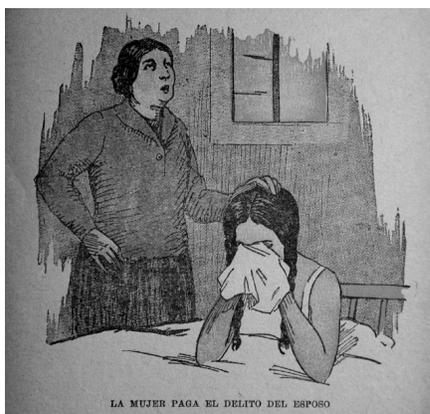
De acuerdo con el folleto, la “garantía” de salud que podía ofrecer una mujer al momento de casarse era su virginidad, en tanto que el varón presentaría el certificado médico prenupcial. Aunque la ley establecía que ambos debían contar con dicho documento, en el folleto se da casi por hecho que la mujer que se casa y tiene hijos no tiene relaciones sexuales sino con su marido, en tanto que éste ya ha tenido sexo antes de casarse. De ahí que el folleto afirmara que la presencia de la enfermedad en la familia era culpa él, en tanto que ella y sus hijos serán las víctimas. “La mujer paga el delito del esposo”. El DSP asumió esta idea como una realidad que, al menos en este impreso, no cuestionó ni intentó modificar, sino que incluso reafirmó con algunas de sus recomendaciones.

El folleto también planteaba la forma distinta en la que la enfermedad afectaba a los hombres y a las mujeres: a ellas, en su maternidad y a ellos, en su trabajo. Estas consideraciones también suponen una idea de feminidad y masculinidad, así como del papel que se esperaba que desempeñara cada uno: madre ama de casa y esposo proveedor.¹¹⁴ En este sentido, no hay consideraciones acerca de la productividad de la mujer y su incapacidad para el trabajo en caso de enfermedad.

¹¹² Folleto “Un padre sifilítico es la ruina de la familia”, p. 7.

¹¹³ Folleto “Un padre sifilítico es la ruina de la familia”, p. 8.

¹¹⁴ Folleto “Un padre sifilítico es la ruina de la familia”, p. 8.



Folleto “Un padre sifilítico es la ruina de la familia”, Departamento de Salubridad Pública, 1927, pp. 6 y 7.

El folleto presentaba recomendaciones para las mujeres en su papel de madres. Cuando una de ellas se quedaba sin leche para alimentar a su bebé, el folleto sugería hacer examinar a la nodriza por un médico y confirmar su estado de salud por medio de la prueba Wassermann. Una vez que los hijos crecían y comenzaban a ir a la escuela, era el momento de comenzar la educación sexual. Entonces, los pequeños entraban en contacto “con otros niños de edad avanzada y en quienes se hayan despertado ya los instintos sexuales, pudiendo inducirlos a cometer actos indebidos”. Además, los niños escolares ya tenían su inteligencia más desarrollada para tratar estos temas. La educación sexual facilitaría la prevención de las enfermedades venéreas, pues luego de la edad escolar encontrarían “por todas partes” oportunidades de contraerlas.¹¹⁵

Finalmente, el folleto se refería a los charlatanes, a “toda esa gente que en la prensa y en las esquinas y por todas partes se anuncia ofreciendo curaciones baratas y rápidas”. El “charlatanismo” lejos de quitar la sífilis sólo hacía perder tiempo valioso en el que la enfermedad continuaba su marcha y hacía más difícil “la verdadera curación”.¹¹⁶

- Las películas

El gobierno de Obregón reconoció en el cine la posibilidad de difundir ideas tanto al interior del país con fines educativos, como al extranjero, para proyectar una mejor imagen

¹¹⁵ Folleto “Un padre sifilítico es la ruina de la familia”, p. 7.

¹¹⁶ Folleto “Un padre sifilítico es la ruina de la familia”, p. 8.

de México tras la Revolución.¹¹⁷ Las películas de propaganda antivenérea ya se proyectaban en México al menos desde 1921.

Las películas de propaganda antivenérea en el México de los años veinte eran producciones extranjeras que el DSP adquirió y presentó junto con la exposición de conferencias. Las fuentes consultadas no indican el título de las películas proyectadas en 1921, pero para 1926 el DSP exhibió la película americana *Al final del camino* (*The End of the Road*) y durante la Campaña Nacional Antivenérea, *Listos para vencer* (*Fit to Win*), también de origen estadounidense y el filme alemán *Falso Pudor*.¹¹⁸

Dichas películas fueron exhibidas en distintos espacios de acuerdo con las circunstancias del momento y del lugar. Durante la Campaña Nacional Antivenérea hubo proyecciones en cines, teatros, escuelas, plazas y jardines,¹¹⁹ y al menos en algunas ocasiones, al tratarse de películas silentes, hubo bandas militares que amenizaban las funciones.¹²⁰

La propaganda antivenérea por medio del cine ya se había llevado al público de distintos países. En los Estados Unidos, por ejemplo, hubo diversas producciones que presentaban dramas provocados por tales enfermedades, entre ellas *Damaged Goods* (1914) una adaptación de la obra de teatro basada en “Los Averiados” del francés Eugène Brieux, *The Price He Paid* (1918), *The Spreading Evil* (1918), y *Open Your Eyes* (1919).¹²¹ *The End of the Road* (1918) y *Fit to Fight/Win* (1918/1919) fueron producidas con la colaboración institucional del gobierno de los Estados Unidos y de la Asociación Americana de Higiene Social. Se hará un repaso de la trama de las películas exhibidas en México para ver su mensaje y a partir de él, aportar elementos para comprender por qué el DSP fue un entusiasta promotor de estos filmes.

¹¹⁷ DE LOS REYES, *Cine y sociedad en México*. GUDIÑO, “Campañas de salud”, p. 137-138.

¹¹⁸ GUDIÑO, “Campañas de salud”. En su investigación, Gudiño analiza las películas *Al final del camino* y *Listos para vencer*. También habla acerca de *Falso Pudor*. *Memoria de los trabajos realizados por el DSP, 1925-1928*, p. 256. De acuerdo con esta Memoria, durante la Campaña Nacional Antivenérea también fue proyectada la película *Enfermedades en el hombre y en la mujer*. De las fuentes consultadas, esta es la única que menciona dicha cinta y no aporta más información sobre la misma. p. 259.

¹¹⁹ Por ejemplo, hubo exhibiciones en la plaza de El Oro, Estado de México, en el parque Zamora y el jardín Juárez de Veracruz, y en teatros y cines de diversos lugares de la República. “Inauguración de la Campaña Nacional Antivenérea”, p. 164. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 1, abril 1928, p. 162.

¹²⁰ *Memoria de los trabajos realizados por el DSP, 1925-1928*, p. 264. “Exhibición de películas en la Campaña Antivenérea”, p. 147.

¹²¹ EBERWEIN, *Sex Ed*, pp. 16-21.

a) *Fit to Fight/ Fit to Win/ Listos para vencer*

Fit to Fight fue hecha originalmente para presentarla entre los soldados americanos y contó con el apoyo de la CTCA para su difusión.¹²² Fueron hechas 18 copias de la película para mostrarla en el ejército antes de que las tropas salieran a Europa e incluso en la flota en el Atlántico. También fue presentada ante los oficiales de la armada y la marina, estudiantes de medicina, de varias universidades y en las juntas de salud. De acuerdo con la Asociación Americana de Higiene Social, *Fit to Fight* tuvo “mucho éxito”, ya que después de su exhibición en 10 campos, se calculaba una asistencia aproximada de 53,800 personas. La Asociación esperaba que los soldados apreciaran en esta película su “poderoso y convincente argumento de una vida limpia”.¹²³

Fit to Fight narra en cuatro rollos de película la historia de cinco jóvenes de distintos orígenes que coinciden en un campo de entrenamiento militar: Billy Hale y Chick Carlon, estudiantes universitarios; Kid McCarthy, un pugilista que perdió su título por distraerse con el vino y las mujeres; Hank Simpson, un hombre de campo que va a probar suerte en la ciudad; y Jack Garvin, un vendedor de cigarros.¹²⁴

Los cinco se enlistan para formar parte del ejército y en el campo de entrenamiento reciben instrucciones sobre los peligros de las enfermedades venéreas y la manera de evitarlas. Sólo Billy y Kid escucharon con atención. Al salir del campo de entrenamiento a la ciudad, estos jóvenes se encontraron con dos grandes tentaciones: el alcohol y las prostitutas. Ellas se llevan a los muchachos, excepto a Billy. Hank besa a una prostituta, y después logra “escaparse sin perder el respeto a sí mismo”. Aunque cae en la tentación, Kid busca el tratamiento oportunamente, impresionado por las enseñanzas en el campo de entrenamiento. Jack y Chick también se involucran con mujeres, pero no buscaron atención médica adecuada. Estos últimos enfermaron: Chick con gonorrea y Jack con sífilis. Hank presentó una lesión sifilítica en los labios, por besar a la prostituta, en tanto que Billy y Kid lograron evitar cualquier contagio. Los dos últimos entablan una amistad luego de una riña

¹²² El teniente y director de la sección de cine de la CTCA Edward H. Griffith estuvo a cargo del guión y la dirección. En la actuación participaron el Sargento Raymond McKee interpretando a Billy Hale, el soldado Harry Griot como Chick Carlton y Paul Nelly como Hank Simpson. GUDIÑO, “Campañas de salud”, p. 148.

¹²³ CLARKE, “Social Hygiene and the War”, p. 285.

¹²⁴ La información acerca de la trama en CLARKE, “Social Hygiene and the War”, pp. 285-296.

provocada por las burlas de Kid, quien consideraba que Billy era un “mimado” por no querer ir con las prostitutas. A pesar de que Kid era pugilista, Billy logra vencerlo y se quita así el mote de consentido, demostrando la importancia de “vivir limpios”.



“Billy es felicitado por sus reglas de entrenamiento que consisten en ‘Alejarse de las mujeres fáciles y dejar el trago’”, Fotograma de *Fit to Fight*, en CLARKE, “Social Hygiene and the War”, p. 275.

Billy y Kid continuaron con su entrenamiento militar, llegando a ser lugarteniente y sargento, respectivamente. Mientras tanto en el hospital permanecían los “inútiles haraganes” (useless slackers) que por debilidad o desobediencia contrajeron enfermedades venéreas y no pudieron servir a la patria en la guerra. Finalmente, Billy y Kid se van a Europa a cumplir con su deber.¹²⁵

La película presentaba “dos grandes lecciones”: 1) la continencia sexual de los varones es compatible con la salud y no es dañina; 2) la gonorrea y la sífilis son “enfermedades serias y engañosas que afectan la habilidad de lucha del hombre.”¹²⁶ Estas enseñanzas contradecían las creencias populares acerca de la necesidad de las relaciones sexuales para la salud¹²⁷ y la relación de la masculinidad con una vida sexual activa. La

¹²⁵ *Fit to Fight* tiene un epílogo. A su regreso de Francia, Billy entrega a la novia del difunto Kid una medalla de honor a la que éste se hizo acreedor. Chick continúa enfermo y sus padres destrozados, en tanto que Hank y Jack, probablemente ya curados, reciben la visita de Billy, quien les recomienda que permanezcan sanos. Esta última parte concluye con la boda de Billy. LASHLEY y WATSON, *A Psychological Study of Motion Pictures*, p. 8.

¹²⁶ KLEINSCHMIDT, “Educational Prophylaxis of Venereal Diseases”, p. 34.

¹²⁷ LASHLEY y WATSON, *A Psychological Study of Motion Pictures*, p. 19.

película intentaba mostrar que la continencia y la virilidad no eran contradictorias, y esto lo representaba con claridad el personaje de Billy.¹²⁸

Fit to Fight enfatiza la gravedad de las enfermedades venéreas para el individuo y la sociedad. Sin la atención adecuada, estos males podían llevar a las personas a la invalidez total como fue el caso de Chick. Pero con un tratamiento adecuado y oportuno se podían evitar sus consecuencias, como lo hizo Kid. Además, el filme señala la incapacidad de los enfermos que los obligó a quedarse en un hospital y por fuera del ejército, lejos de servir a la patria y consumiendo recursos públicos.

Otro tema importante en esta película es la relación entre la prostitución y las enfermedades venéreas.¹²⁹ Hasta Hank, que sólo tuvo un breve contacto con una de ellas por un beso, adquirió la infección en sus labios. El mensaje en este sentido era claro: las prostitutas eran un peligro, ellas (casi, si no es que todas) llevaban consigo el germen del mal y por lo mismo, debía evitarse cualquier contacto con ellas, por inocuo que pareciera. Las prostitutas aparecen señaladas como el foco de contagio.¹³⁰

Después de la guerra, la película fue revisada, reeditada y distribuida como *Fit to Win*¹³¹ para presentarla ante la población civil.¹³² Esta versión era más breve y quitaba algunas partes que la versión original presentaba temas de manera más amplia. Fue omitida la “ilustración completa” de la profilaxis y *Fit to Win* sólo presentaba algunos textos que aludían a dicho asunto de manera general.¹³³

Fue precisamente *Fit to Win* la versión que llegó a México.¹³⁴ Aquí, a las modificaciones hechas a *Fit to Fight* se sumaron las “adecuaciones del caso” que el DSP consideró pertinentes para la población mexicana.¹³⁵ Se desconoce qué tanto pudo haber variado la versión del DSP con respecto a la presentada ante los civiles estadounidenses. Debe considerarse al menos un cambio importante: la traducción (*Listos para vencer*). Esta pudo ser preferentemente literal y apegada a *Fit to Win*, o tal vez se procuró que los textos

¹²⁸ EBERWEIN, *Sex Ed*, p. 23. BRANDT, *No Magic Bullet*, p. 69, KLEINSCHMIDT, “Educational Prophylaxis of Venereal Diseases”, p. 34, LASHLEY y WATSON, *A Psychological Study of Motion Pictures*, p. 8.

¹²⁹ GUDIÑO, “Campañas de salud”, p. 149.

¹³⁰ GUDIÑO, “Campañas de salud”, p. 149.

¹³¹ EBERWEIN, *Sex Ed*, pp. 22 y 25.

¹³² LASHLEY y WATSON, *A Psychological Study of Motion Pictures*, p. 9.

¹³³ LASHLEY y WATSON, *A Psychological Study of Motion Pictures*, p. 9.

¹³⁴ GUDIÑO, “Campañas de salud”, p. 148.

¹³⁵ *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, núm. 3, 1927, p. 13.

estuvieran más acordes a las expresiones de los mexicanos, a quienes finalmente estaría dirigida *Listos para vencer*.

El criterio de selección de las películas que se proyectaron en México no es evidente, a partir de las fuentes consultadas. Para 1922, la Asociación Americana de Higiene Social contaba ya con 13 títulos que incluían *Fit to Win* y *The End of the Road*.¹³⁶ ¿Por qué el DSP proyectó estas dos películas en México? Es posible que en la elección influyeran la facilidad para adquirir las copias, el éxito que la Asociación atribuyó a ambas películas y su contenido. Aunque este último respondía al contexto particular de los Estados Unidos, trataba un asunto de gran interés a nivel mundial: las enfermedades venéreas y su prevención.

De las dos “grandes lecciones” de *Fit to Fight/Fit to Win* fue sin duda la referente a la gravedad de la sífilis y la gonorrea la que más importaba al DSP. La promoción de la continencia sexual de los varones no parece haber sido un punto de particular interés del DSP, si bien la exhibición de *Listos para vencer* muestra que tampoco había una oposición (al menos abierta) a esta idea. Otro tema muy relevante para el DSP y que esta película aborda es el de la relación entre la prostitución y las enfermedades venéreas. Aunque en Estados Unidos y en México el asunto fue enfrentado de manera muy distinta con el prohibicionismo y el reglamentarismo respectivamente, en ambos países las autoridades sanitarias buscaron advertir a sus ciudadanos acerca de los peligros del comercio sexual. Además, *Fit to Win* ejemplificaba claramente una idea que el DSP expresó en uno de sus folletos: “las mujeres fáciles son el mejor medio de adquirir la sífilis”.

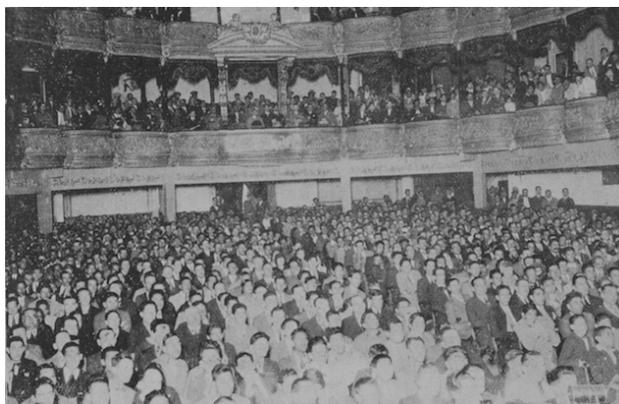
En las funciones de películas de propaganda había un médico encargado que ofrecía una conferencia de algún tema relacionado, y es factible que además de su plática, el médico tuviera alguna intervención para explicar o aclarar alguna escena o tema de la película. Estas consideraciones también pueden hacerse para los otros filmes de propaganda antivenérea en México.

Listos para vencer fue una de las “películas antivenéreas” más presentadas por el DSP y por supuesto fue exhibida por la misión de propaganda en aquellos lugares que iba

¹³⁶ LASHLEY y WATSON, *A Psychological Study of Motion Pictures*, p. 6.

recorriendo. Las actividades del día de la inauguración de la Campaña Nacional en Toluca concluyeron con su proyección ante 2,000 espectadores.¹³⁷

Listos para vencer formó parte de la cartelera de las matinées que ofreció el DSP en la ciudad de México. Este programa de matinées dominicales dio inicio el 11 de septiembre de 1927 y continuó de manera ininterrumpida por lo menos durante un año.¹³⁸ La función inaugural tuvo lugar en el cinema Imperial¹³⁹ a las diez de la mañana y posteriormente hubo un par de conferencias. La sesión estuvo amenizada por “una de las bandas de la guarnición de la plaza, desde el pórtico del teatro”. La entrada a las funciones era “enteramente gratuita” y a ellas se invitaba por medio de circulares “a todos los gremios obreros de la ciudad, sindicatos y demás sociedades”. El DSP consideró que la respuesta fue positiva, pues “las funciones se han visto concurridas, algunas de ellas hasta por 6,000 asistentes de todas las clases sociales de la ciudad”.¹⁴⁰



“Público asistente a la matinée del Cinema Imperial, el día 19 de febrero de 1928”, *Memoria de los trabajos realizados por el DSP, 1925-1928*.

El DSP celebraba la nutrida concurrencia cada vez que la película era proyectada, pero ¿qué recepción tuvo su mensaje? ¿Tuvo alguna influencia entre su público? En Estados Unidos, la Junta Interdepartamental de Higiene Social planteó estas preguntas y encargó en 1919 un estudio al Laboratorio de Psicología de la Universidad Johns Hopkins, para proporcionar información al respecto. El “experimento” se llevó a cabo con alrededor

¹³⁷ “Inauguración de la Campaña Nacional Antivenérea”, p. 163.

¹³⁸ *Memoria de los trabajos realizados por el DSP, 1925-1928*, p. 264.

¹³⁹ El cinema Imperial fue establecido en 1924 en la esquina de la primera calle de la Independencia y el Colegio de Niñas, donde se ubicaba con anterioridad el Teatro Colón. Éste cedió el local a la Compañía Imperial Cinematográfica debido a que el Teatro estaba generando más pérdidas que ganancias. LEAL, *El cinematógrafo y los teatros*, p. 142.

¹⁴⁰ “Exhibición de películas en la Campaña Antivenérea”, p. 147.

de 4,800 personas e incluyó encuestas, entrevistas y observaciones antes, durante y hasta seis meses después de la proyección. El estudio concluyó que el filme tenía valor informativo, aunque la información sobre las enfermedades venéreas no era completa y persistían algunas ideas erróneas entre el público, como la confusión entre sífilis y gonorrea. Los “efectos emocionales” provocados por la película no fueron negativos, pero el miedo y la empatía por las víctimas del contagio tampoco motivaron cambios en el comportamiento a largo plazo. Sólo algunas cuantas personas se mostraron entusiastas por promover la campaña antivenérea y otras más que sospechaban estar enfermas, buscaron ayuda después de la función.¹⁴¹

En México, en cambio, se cuenta con escasa información acerca la recepción de *Listos para vencer*. Las salas llenas de un público atento a la pantalla parecen haber sido importantes indicadores de éxito para el DSP. Pero persisten las dudas acerca de qué comprendieron los asistentes, si se identificaron con los personajes y la trama, si la película motivó algún cambio, y si la información proporcionada fue útil para la prevención. Al parecer, ni los propios miembros del DSP tuvieron certezas al respecto.

b) *The End of the Road/ Al final del camino*¹⁴²

Después del éxito de *Fit to Fight*, los integrantes de la Asociación Americana de Higiene Social consideraron que una película para mujeres tendría una buena aceptación. Pensaban que había “un gran número de mujeres en cada comunidad” a quienes “les importa poco la lectura” y que por lo mismo era difícil instruir las por este medio. En cambio, una película podía atraer a las damas, un público al que de otra manera era difícil acceder. Además estas mujeres –a diferencia de los soldados– no formaban parte de un grupo organizado al que se pudiera impartir conocimientos acerca de las enfermedades venéreas.¹⁴³

The End of the Road fue pensada y elaborada “cuidadosamente”. En ella participaron médicos que debían estar pendiente de que la película se apegara a los

¹⁴¹ LASHLEY y WATSON, *A Psychological Study*, pp. 3-88.

¹⁴² NARA, ASHA-ASHA-200, Película *The End of the Road*.

¹⁴³ BEMENT, “Social Hygiene in the War”, pp. 556-557.

“hechos científicos” y profesores que estaría a cargo de valorar su “efecto psicológico”. Las historias que narra *The End of the Road* eran “tomadas de la vida”.¹⁴⁴

Un breve prólogo presenta a las protagonistas de la historia Vera Wagner y Mary Lee cuando tenían apenas siete años. Esta primera parte muestra la educación distinta que ambas recibieron y que a la postre las llevaría por distintos caminos. Mary era convenientemente instruida por su madre, mientras que Vera, curiosa, investigaba en fuentes “distorsionadas y obscenas”. Después de su graduación en el Hortonville Highschool, ambas fueron a Nueva York: Mary se convertiría en enfermera y Vera en una empleada de una tienda departamental. Mary trabajaba junto al doctor Philip Bell en un hospital, donde fueron testigos de diversas historias de mujeres que, engañadas y seducidas por sus esposos o amantes, sufrían las terribles consecuencias de las enfermedades venéreas. Estos contagios además, habían trascendido a los hijos de estas mujeres: un bebé con estigmas de la sífilis y un niño ciego por la gonorrea no tratada de sus padres.

Entre tanto, Vera frecuentaba a Howard Lord, un joven seductor, que prometía darle “el mejor momento de su vida”. Howard tenía sífilis y era paciente del Dr. Bell. Él y Mary se lo advirtieron a Vera en alguna ocasión, pero Vera desoyó sus consejos. Howard incumplió sus promesas de matrimonio y se mostró molesto cuando Vera le enseñó las erupciones que le salieron en los hombros y en los brazos. Desesperada, Vera acudió a Mary. Aunque el diagnóstico de sífilis se había confirmado, Vera no quería someterse al tratamiento. Por ello, el Dr. Bell y Mary la llevaron a un sanatorio donde le mostraron los estragos que la enfermedad había ocasionado en las pacientes que no se habían curado oportunamente. Horrorizada, Vera tomó su tratamiento juiciosamente hasta que las pruebas sanguíneas fueron negativas.

¹⁴⁴ BEMENT, “Social Hygiene in the War”, p. 557.



Vera horrorizada al ver los estragos de la sífilis en varias pacientes. Fotograma *The End of the Road*, NARA, ASHA-ASHA-200.



Paciente con estigmas de la sífilis. Fotograma *The End of the Road*, NARA, ASHA-ASHA-200.

Cuando Estados Unidos entró a la guerra, Mary y el Dr. Bell se alistaron para ir a Europa. Antes de su partida, Mary ayudó a varias muchachas que por amor o aventura se acercaban a los campos de entrenamiento de los soldados.¹⁴⁵ Finalmente, en medio de la guerra, Mary y el Dr. Bell descubrieron su amor.

De acuerdo con la guionista, era necesario incluir una historia de amor “para mantener el interés de las jóvenes mujeres que ven la película”.¹⁴⁶ El romance de Mary y el Dr. Bell se “entrelazaba hábilmente” con las historias de mujeres desdichadas. Este contraste enfatizaba las ideas principales que el filme buscaba comunicar. En principio, está la importancia de la educación y la orientación de los padres en temas relacionados con la sexualidad y el amor.¹⁴⁷ La formación distinta que recibieron Vera y Mary indicaba desde el mismo prólogo el camino que cada una elegiría. Desde luego, la más exitosa profesionalmente y en el amor fue la que tuvo acceso a conocimientos de calidad de fuentes confiables.

Mientras *Fit to Fight* sugería a los varones la continencia sexual, *The End of the Road* pedía a las mujeres la virginidad hasta el matrimonio. De lo contrario, ellas corrían el riesgo de ser abandonadas, como mostraban los personajes de las mujeres “seducidas”. La

¹⁴⁵ La autora del guión, la socióloga Katharine Bement Davis expresó en un artículo publicado en el *Journal of Social Hygiene* que la película trató de reflejar a las muchachas que “frecuentemente” se acercaban a las inmediaciones de los campos por amor o aventura. Allan Brandt expone el “girl problem” y la creación del Committee of Protective Work for Girls para darle solución. BEMENT, “Social Hygiene in the War”, p. 558. BRANDT, *No magic Bullet*, p. 81.

¹⁴⁶ BEMENT, “Social Hygiene in the War”, p. 558.

¹⁴⁷ GUDIÑO, “Campañas de salud”, p. 151.

virginidad tenía que ver desde luego con la salud y la prevención, pero también con ideas sobre el amor y la sexualidad de hombres y mujeres. Los personajes femeninos expresaban la vinculación de las relaciones sexuales con el enamoramiento o el amor, asociación no necesariamente presente en los varones.

La distinción entre la sexualidad de unos y otras también queda en evidencia en una escena en la que al concluir la cirugía de una mujer con gonorrea, el Dr. Bell y Mary lamentaban la situación de aquella paciente. Él manifestaba su deseo de que los varones fueran conscientes de los males que la promiscuidad sexual causaba en sus esposas e hijos. Mary completó lo dicho por Bell afirmando que si tan sólo las mujeres supieran las consecuencias de las enfermedades venéreas, “tratarían de ayudar a los hombres a resistir la tentación”. Estas breves expresiones asumen y refuerzan la idea de que son ellos quienes tienen impulsos sexuales que pueden desbordarlos y que deben aprender a controlar. Ellas, con un deseo sexual menos apremiante, estaban en condiciones de “ayudarlos” en el dominio de sus pasiones.

Tales consideraciones no eran desde luego novedosas, pero permitieron exponer un asunto que a veces parecía pasar un tanto inadvertido: la promiscuidad sexual de los hombres (y no sólo de las prostitutas) los hacía portadores de enfermedades venéreas que transmitían a mujeres sanas.¹⁴⁸ Ellos, con su irresponsabilidad, eran quienes contagiaban a mujeres víctimas de engaños, de la ignorancia y finalmente de la enfermedad. La trama de la película se centra en las consecuencias sufridas por ellas y sus hijos, en tanto que los hombres que provocaban las tragedias quedaban “impunes”. Esta situación enfatiza la idea de que son ellas quienes llevan la peor parte, pero también puede verse que ellos, conscientes de su mal no sólo lo propagaban, sino que acudían al tratamiento con más facilidad que ellas. Por ejemplo, Howard ya había sido paciente del Dr. Bell cuando se involucra con Vera, pero ella se mostraba renuente a tratarse.

The End of the Road destaca la trascendencia de la educación de las mujeres tanto en la prevención como en el tratamiento. La ignorancia de algunos de los personajes femeninos no sólo las había llevado al contagio, sino que además había hecho que la enfermedad avanzara sin remedio. Vera, sin una instrucción adecuada, se negaba a recibir

¹⁴⁸ GUDIÑO, “Campañas de salud”, p. 156.

medicación aún cuando sabía que estaba sifilítica. La paciente operada por su gonorrea había permitido que su enfermedad se desarrollara al grado de dejarla parálitica y tampoco había tomado las precauciones necesarias para evitar el contagio de su hijo. Por ello, la falta de conocimientos y los prejuicios eran tan peligrosos como la enfermedad misma. El Dr. Bell incluso le expresa a una paciente que eran más culpables la ignorancia, el pudor y los falsos estándares de los padres, que el hombre que la había contagiado.

Otro mensaje de gran trascendencia que *The End of the Road* buscaba transmitir a las mujeres era su responsabilidad como madres para no heredar enfermedades a sus hijos. El cuidado del cuerpo femenino no era sólo para sí, sino para la descendencia. Y aun en el caso de que el marido las contagiara, ellas tenían la obligación de velar por su salud para evitar los males en los pequeños. El peligro de las enfermedades venéreas era tal, que no sólo amenazaba la integridad de los hijos, sino la posibilidad misma de ser madre. La tragedia de la paciente con gonorrea no se quedaba en su invalidez y la ceguera de su hijo, de por sí lamentables, sino que además, la enfermedad no tratada la había dejado estéril.

The End of the Road fue adaptada en México por el DSP y presentada como *Al final del camino*. Hubo proyecciones de esta película al menos desde 1926. Su público, quizá no exclusivo pero sí preferente, fue femenino, sólo que a diferencia de la Asociación Americana de Higiene Social, el DSP no pensó tanto en el “gran número de mujeres en cada comunidad” sino en las prostitutas y las internas de la Escuela Correccional.¹⁴⁹

En 1926 el DSP organizó una serie de conferencias de higiene en fábricas, escuelas, cuarteles y prisiones. Como parte de este programa hubo pláticas sobre diversos temas dirigidas especialmente a mujeres. En asociaciones de madres se habló, entre otras cosas, de higiene del embarazo, de la gestación y de la sífilis. En el Ejército de la Defensa de la Mujer hubo charlas sobre la viruela, la vacuna y el aseo de boca. Llama la atención que en este caso no se plantearon asuntos relacionados con las enfermedades venéreas y la prostitución, que eran temas de interés en este grupo. Donde sí se habló de tales asuntos fue en el Hospital Morelos y en la Correccional, donde de acuerdo con Bliss, la mitad de las

¹⁴⁹ *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 1-2 (1926), p. 379. Desde 1923 la Escuela Correccional cambió de nombre a Escuela de Orientación de Mujeres, sin embargo, el *Boletín* la llama Correccional. SOSENSKI, *Niños en acción*. AZAOLA, *La institución correccional en México*.

internas se dedicaban a la prostitución.¹⁵⁰ Sólo en estos dos últimos fue proyectada *Al final del Camino*.

A decir del DSP, las mujeres en el Hospital Morelos presentes durante la exhibición de la película “vieron desfilar por la pantalla el drama de sus propias vidas, con todos sus azares y peligros”.¹⁵¹ Las fuentes consultadas no permiten saber si efectivamente aquellas mujeres se identificaron de alguna forma con los personajes, la trama y los paisajes de una película filmada en Nueva York que además, no trataba el tema de la prostitución.¹⁵² Tal afirmación parece ser más un reflejo de cómo el DSP percibía a las prostitutas y en última instancia, a las mujeres en general. Desde la perspectiva de las autoridades sanitarias no era difícil asociar a las meretrices con la ignorancia, la seducción, el engaño y la enfermedad señaladas en la película. Es posible, además, que tampoco les fuera complicado relacionar con la prostitución a una mujer como Vera, que pierde su virginidad fuera del matrimonio, que es abandonada por su pareja y que resulta sifilítica, a pesar de que al final se muestra a Vera ya curada y trabajando como obrera.

Al final del camino no fue parte de la Campaña Nacional Antivenérea y su proyección fue más restringida que la de otras películas. Aunque originalmente fue pensada para advertir a las mujeres para que no cayeran en peligro, la reinterpretación del DSP le dio un enfoque más de “corrección” que de prevención.

c) Falsche Scham/ Falso pudor

Después de la Primera Guerra Mundial hubo un creciente desarrollo de la industria cinematográfica alemana, que hasta entonces había sido muy modesto.¹⁵³ En 1917 fue creada la Universal Film Aktiengesellschaft (UFA) con fondos de empresas y del gobierno, y pronto fue creado un departamento de educación encargado de películas “culturales” (Kulturfilm-Abteilung). Curt Thomalla, médico y eugenista, propuso un

¹⁵⁰ BLISS, *Compromised Positions*, p. 107.

¹⁵¹ *Memoria de los trabajos realizados por el DSP, 1925-1928*, p. 256.

¹⁵² GUDIÑO, “Campañas de salud”, pp. 156-157. Gudiño cuestiona el impacto que pudo tener *Al final del camino* en la población mexicana y señala algunos paralelismos con la conocida película mexicana *Santa* (1918).

¹⁵³ SADOUL, *Historia del cine mundial*.

programa de educación higiénica a través del cine que fue aceptado en 1918 con la creación del Medizinische Filmarchiv, dejándolo como director.¹⁵⁴

En un principio fueron filmados procedimientos médicos y de laboratorio. Los rollos de película se acompañaban con lecturas acerca de las imágenes proyectadas. Cientos de copias fueron enviadas al extranjero, principalmente a Suramérica, los Balcanes y Japón, donde estaban “sus mejores clientes”.¹⁵⁵

El aumento en los costos de producción, la depreciación del marco, así como la suspensión de fondos del gobierno en la UFA favorecieron un cambio en las películas médicas en Alemania. Entonces se consideró no sólo el enfoque científico, sino también el comercial. A los filmes “educativos” más especializados los sucedieron aquellos de “ciencia popular”. Las películas se hicieron asequibles a todo público e incluyeron elementos científicos y en lo posible, de humor. Los filmes de “instrucción popular” “conquistaron al mundo en un tour triunfante”, entre ellos el más conocido *Enfermedades venéreas y sus consecuencias*, y el más “perfecto” sobre tuberculosis, *La peste blanca*, de 1921.¹⁵⁶

Las películas de instrucción popular tuvieron un nuevo enfoque cuando se procuró combinar la educación con el entretenimiento. Esta forma resultaba más atractiva al público y al parecer, más efectiva en la comunicación de sus mensajes. La primera producción de este tipo se convirtió en un *hit* “mucho más allá de las fronteras alemanas”: *Falsche Scham. Vier Episoden aus dem Leben Eines Arztes* (*Falso pudor. Cuatro episodios en la vida de un médico*).¹⁵⁷

Falsche Scham narra cuatro historias tomadas del diario de un médico. La primera es acerca de dos estudiantes irresponsables que en una feria encuentran y se hacen acompañar por un par de prostitutas portadoras de los gérmenes venéreos. La segunda historia es de un estudiante de medicina que justo antes de su boda descubre que tiene gonorrea y debe hacer frente a la situación ante su “virtuosa novia”. El tercer relato es sobre una enfermera que trabaja en un concurrido hospital y se da cuenta que ha infectado a un bebé con el treponema pálido. Finalmente, *Falsche Scham* cuenta la historia de una joven

¹⁵⁴ BONAHE y LAUKÖTTER, “Moving Pictures and Medicine”, pp. 128-129.

¹⁵⁵ THOMALLA, “The Development of the Medical Film”, p. 444.

¹⁵⁶ THOMALLA, “The Development of the Medical Film”, pp. 446-447.

¹⁵⁷ THOMALLA, “The Development of the Medical Film”, p. 451.

campesina que se involucra con un “libertino” de la gran ciudad que la contagia de gonorrea.¹⁵⁸



Fotograma *Falsche Scham* http://www.filmportal.de/film/falsche-scham_3fbc1b35b4624404adf112fb55a8619a

Falsche Scham pretendía no sólo dar información sobre las enfermedades venéreas, sino profundizar en las condiciones sociales y económicas relacionadas con estos males. Además, buscaba expresar el dolor y la tragedia en los hogares de quienes las padecían. Un aspecto que a esta película le interesaba destacar en cada caso era que el diagnóstico y el tratamiento oportuno daban una “práctica garantía de curación”.¹⁵⁹

El éxito de *Falsche Scham* parece haber sido tal, que no sólo fue vista por numerosas audiencias alrededor del mundo, sino que de acuerdo con Curt Thomalla, en Alemania contribuyó a incrementar el número de consultas en clínicas, hospitales y laboratorios en un 80%, incluso en un 100%. De tal manera, este médico eugenista se sentía autorizado para afirmar que “el filme ha salvado la salud y la vida de miles”.¹⁶⁰

La película se acompañaba de un libro también titulado *Falsche Scham* que trataba sobre cuestiones relacionadas con las enfermedades venéreas, su tratamiento y curación. El libro, editado por la UFA y el Eigenbrödler Verlag, estaba ilustrado con imágenes del filme y fue traducido a distintos idiomas. Se esperaba que ambos materiales se complementaran: el libro con un mensaje más permanente y científico, y la película más atractiva aunque más “efímera”.

¹⁵⁸ GORDON, “Erotica in the Service of Social Hygiene”.

¹⁵⁹ THOMALLA, “The Development of the Medical Film”, p. 451.

¹⁶⁰ THOMALLA, “The Development of the Medical Film”, p. 453.

En México, la película fue conocida como *Falso pudor*. Las fuentes consultadas no dan información acerca de si la copia del DSP llegó directamente de Alemania, si la traducción fue de su idioma original o si los rollos fueron adquiridos en Estados Unidos, donde ya se habían conseguido varias películas. Tampoco mencionan si el DSP contó con un ejemplar del libro que debía acompañar la película.

Las historias de *Falso pudor* están relacionadas con temas que resultaban de gran interés para el DSP: la gravedad de las enfermedades venéreas, su relación con la prostitución, el matrimonio saludable, la importancia del cuidado de los niños, así como del diagnóstico y tratamiento oportuno. *Falso pudor* era de acuerdo con el DSP una película “sumamente interesante a la vez que espectacular”.¹⁶¹



“Salida del público asistente a la matinée del cine ‘Teresa’ el día 7 de abril de 1928”. *Falso Pudor* anunciado a la entrada del cine. *Memoria de los trabajos realizados por el DSP, 1925-1928*.

Falso pudor y *Listos para vencer* fueron las películas de propaganda antivenérea predilectas del DSP. Ambas fueron exhibidas en la Campaña Nacional Antivenérea y en las matinées en la ciudad de México. Al igual que con las otras películas, la recepción de *Falso pudor* y su impacto entre el público resulta difícil de estudiar. El éxito de esta película entre los mexicanos también fue valorado por el DSP por la numerosa asistencia a las salas.

¹⁶¹ *Memoria de los trabajos realizados por el DSP, 1925-1928*, p. 264.

- Conferencias y radio

Los médicos del DSP, con la colaboración de colegas de otras agrupaciones como la Sociedad Mexicana de Eugenesia y estudiantes de medicina, participaron en la Campaña Nacional Antivenérea dictando conferencias. El DSP consideraba que estas eran un medio fundamental de instrucción popular y por ello fueron promovidas para difundir conocimientos de diversos temas de higiene durante varias décadas.

Las conferencias sobre temas relacionados con las enfermedades venéreas en ocasiones estaban ilustradas con imágenes impresas o proyectadas y fueron llevadas a cabo en diversos espacios urbanos y rurales para llegar al mayor número de personas. Plazas, teatros, cines, mercados, escuelas, fábricas, hospitales, asociaciones de padres de familia, cuarteles y cárceles fueron sus escenarios.

Las autoridades sanitarias expresaron en más de una ocasión que el público asistente era bastante numeroso, llegando incluso a miles de personas. Sin embargo, las fuentes consultadas no dan cuenta del contenido ni de la forma en la que se llevaban a cabo las conferencias, por ejemplo, cómo era la interacción del conferencista con la gente o si había preguntas en las sesiones.

La Asociación Americana de Higiene Social recomendaba que las conferencias estuvieran a cargo de médicos. Ellos debían dar la información simplificando el lenguaje técnico con la ayuda de ejemplos. Lo más importante era que el mensaje fuera “claro, conciso y convincente”. Por ello se debía cuidar el método de presentación y la selección de los temas que se incluirían y aquellos que se omitirían, ya que tratar de dar demasiada información podía generar confusión. Los contenidos debían incluir una sencilla descripción de la anatomía y la fisiología involucradas en el proceso infeccioso, pero también una argumentación lógica y convincente acerca de “la continencia, el respeto, el honor, el orgullo familiar, la caballerosidad y el patriotismo”. La personalidad del conferencista era otro elemento a considerar para lograr en el éxito de la charla, por ello se sugería que fuera una persona seria, pero no sombría, y al mismo tiempo, entretenida pero no frívola.¹⁶² Qué tanto se apegaron las conferencias del DSP y de sus colaboradores a las

¹⁶² KLEINSCHMIDT, “Educational Prophylaxis”, pp. 31-33.

recomendaciones de la Asociación Americana de Higiene Social no lo sabemos, pero el DSP buscó al menos algunas de esas características en su propaganda en general, por lo que es factible que también lo hiciera en sus pláticas.

El DSP no se conformó con llenar teatros y plazas, sino que en su afán de llegar al mayor número de personas utilizó para sus charlas otro medio de difusión, entonces muy prometedor: la radio. El DSP dio conferencias sobre diversos temas de higiene en varias estaciones radiotelefónicas de la ciudad de México, al menos desde 1926. Las radiodifusoras apoyaron las campañas de higiene y aseo del DSP y supieron aprovecharlas para hacer nuevos clientes entre las empresas de productos de limpieza y cuidado de la piel.¹⁶³

En la difusión de temas relacionados con las enfermedades venéreas colaboraron estaciones públicas y privadas: CZE de la SEP, la Secretaría de Industria y Comercio, Aviación, CYX del periódico Excélsior, Mazal y el Buen Tono.¹⁶⁴ Para entonces la radiodifusión en México tenía una popularidad creciente, llegando a hogares de todas las clases sociales. La sintonización libre de costos y la posibilidad de elaborar con pocos recursos un aparato receptor favorecieron la expansión del fenómeno.¹⁶⁵

La utilidad de la radio en la divulgación de conocimientos no fue un asunto nuevo en México. En 1923, antes de la inauguración de la emisora de la SEP, su secretario José Vasconcelos había planteado la importancia de la radiodifusión en la educación. Entonces Gastélum era subsecretario, y cuando Vasconcelos dejó su cargo, asumió la titularidad de la SEP y continuó con el proyecto de la radiodifusora. Esta fue inaugurada el 30 de noviembre de 1924, justo cuando Gastélum dejaba la Secretaría.¹⁶⁶ La experiencia del doctor Gastélum en la SEP le permitió conocer de cerca estos proyectos educativos, que ya como jefe del DSP, no dudó en impulsar para la instrucción higiénica.

Las conferencias relacionadas con las enfermedades venéreas dictadas personalmente y a través de la radio trataban principalmente los siguientes temas: la importancia social de estos males, su profilaxis, su tratamiento, su relación con el matrimonio, el embarazo y la descendencia, el cuidado de los hijos y la educación sexual.

¹⁶³ VELÁZQUEZ, "La radiodifusión mexicana", pp. 283-284.

¹⁶⁴ *Boletín del Departamento de Salubridad*, 1-2 (1926), pp. 159-162.

¹⁶⁵ VELÁZQUEZ, "La radiodifusión mexicana", pp. 280-82.

¹⁶⁶ VELÁZQUEZ, "La radiodifusión mexicana", pp. 293-294.

Algunos títulos de las conferencias dictadas fueron: “Peligros del auto-tratamiento en las enfermedades venéreas”, “Higiene sexual. Blenorragia”, “El instinto sexual”, “Condiciones físicas que deben llenar los candidatos al matrimonio”, “Lo que debe ser el matrimonio”, “Sífilis y descendencia”, “Sífilis y embarazo”, “El peligro de las enfermedades venéreas para nuestros hijos”, “Las nodrizas mercenarias” y “La educación sexual”.¹⁶⁷ Los títulos de las conferencias reflejan los temas que al DSP le interesaba difundir entre la gente y que también fueron expresados por otros medios.

Al igual que con las películas, resulta difícil conocer la influencia de los mensajes de las conferencias entre la gente que las escuchaba. Pero aun si su impacto y el de la propaganda antivenérea en general no se correspondía con el optimismo del DSP, éste había logrado llamar la atención sobre el problema social de la sífilis y la gonorrea. La discusión iría más allá de los grupos de médicos y estudiosos, y más allá de la Campaña Nacional.

¹⁶⁷ *Boletín del Departamento de Salubridad*, 2 (1927), pp. 174-177. *Boletín del Departamento de Salubridad*, 3 (1926), pp. 159-162. *Boletín del Departamento de Salubridad*, 1-2 (1926), pp. 375-382.

CAPÍTULO 6

Propaganda antivenérea y educación sexual

La propaganda antivenérea después de la Campaña Nacional

Los esfuerzos del DSP por llevar la propaganda a la población del país continuaron más allá de la Campaña Nacional de 1927. Impresos, proyecciones de películas y conferencias siguieron siendo parte del repertorio del DSP en la instrucción popular. En la década de 1930 también fue mayor la participación de otras dependencias del gobierno. La SEP no sólo colaboró con la difusión de la propaganda del DSP, sino que asumió el proyecto de la educación sexual. El Departamento Autónomo de Publicidad y Propaganda (DAPP) creado en 1936, se encargó de la publicación de los materiales del DSP, incluidos los que trataban sobre la prevención de sífilis y gonorrea.

La participación de la SEP y del DAPP no necesariamente significó un mayor impulso a la lucha antivenérea. Aunque en ocasiones el trabajo fue conjunto y coordinado, no faltaron las dificultades, tanto entre las mismas dependencias, como con otros actores sociales, en particular en lo relativo a la educación sexual. Aunque este tema había sido de interés para el DSP, las autoridades sanitarias se distanciaron del debate en sus momentos más álgidos, como se verá más adelante. Sin embargo, la educación sexual fue un asunto de gran importancia para la sociedad mexicana, pues no sólo involucraba la difusión de conocimientos sino que hacía parte de los esfuerzos estatales por la secularización y el control de la educación.

Después de la Campaña Nacional, la difusión de la propaganda antivenérea del DSP ya no estuvo concentrada en misiones dedicadas exclusivamente a la prevención de la sífilis y la gonorrea. Los eventos y publicaciones promovidos por el DSP incluyeron información sobre la higiene en general y otras enfermedades. Esto puede observarse en los artículos que el DSP envió a varios diarios para su publicación. La prensa periódica, que a decir de Gastélum había permanecido “tímida”,¹ contribuyó a difundir artículos de propaganda del

¹ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 7.

DSP. Los textos trataban diversos temas que el Departamento consideró que podían generar más interés en el público. De tal manera, los artículos enviados a los periódicos constituían “un conjunto heterogéneo y desarticulado”.²

En 1929, el DSP solicitó a los delegados federales que le enviaran el nombre y domicilio de los periódicos de sus localidades respectivas, a fin de remitir al director de cada uno de ellos una circular solicitando la publicación de los textos de propaganda. La respuesta fue “optimista y llena de entusiasmo” en la mayoría de los casos, de manera que constantemente “y no sin esfuerzo, pudimos enviar a cada uno de ellos dos artículos por semana y una lista de aforismos de higiene.” De acuerdo con el DSP

Puede decirse, sin exageración, que no hubo una sola semana del año próximo pasado (1929) en que, gracias a la prensa, dejara de oírse la voz del Departamento de Salubridad en toda la República, ora aconsejando las prácticas de las reglas de higiene, ora luchando contra la incuria y la incapacidad de la gente del pueblo, ora fustigando a las autoridades municipales para el cumplimiento de sus obligaciones sociales.³

Tal fue el entusiasmo de algunos delegados federales y de médicos en los estados, que varios se animaron a redactar y publicar artículos de propaganda higiénica. También hubo profesores de escuelas en diferentes lugares del país que participaron activamente en la difusión de estos de estos textos, y que incluso, solicitaron al DSP artículos con temas que ellos mismos sugerían.⁴

Entre 55 artículos del DSP publicados en periódicos durante 1929, sólo 3 estaban relacionados directamente con las enfermedades venéreas: “La blenorragia”, “Cuidado de los ojos del niño recién nacido” y “Las enfermedades venéreas”. El resto de los textos de este “conjunto heterogéneo” correspondía a temas variados como “La tuberculosis”, “La lepra, su historia”, “Aseo de la habitación”, “La leche”, “De médico, poeta y loco, todos tenemos un poco”, entre otros.

El artículo sobre la blenorragia, por ejemplo, buscaba desmentir algunas creencias populares afirmando que no se trataba de una enfermedad vergonzosa ni inocua. Trataba de instruir sobre su agente causal, mecanismos de transmisión y síntomas. Describía las

² *Colección de artículos de propaganda higiénica.*

³ *Colección de artículos de propaganda higiénica.* *El Universal* y *Excelsior* fueron algunos de los periódicos que publicaron notas del DSP.

⁴ *Colección de artículos de propaganda higiénica.*

complicaciones de la enfermedad sin tratamiento y sus repercusiones en la descendencia. Ponía énfasis, además, en la necesidad de buscar la curación con médicos especialistas o en los dispensarios, así como evitar a los charlatanes.

Otros artículos trataban de alguna manera el tema de las enfermedades venéreas, si bien, éstas no eran su asunto principal. Una muestra de ello es un artículo sobre “El beso”, en el que se advierte al lector “para que se juzguen todos los peligros que se esconden en el cariño o la afectuosidad de un beso de amor o de amistad.” Uno de estos riesgos eran las ulceraciones que podían tener en la boca las personas contagiadas con el *treponema pálido*, agente causal de la sífilis.⁵

Las autoridades sanitarias reconocieron que había mucho por hacer y que era difícil cambiar “las costumbres del pueblo”, pero eran optimistas en cuanto a los “resultados prácticos inmediatos”, ya que notaban “que los artículos publicados se leen con interés”. De acuerdo con el DSP, había pacientes que después de leer la propaganda buscaban una consulta médica preguntando sobre males que antes habían pasado inadvertidos. Los médicos también atendían las dudas de algunas madres acerca de las instrucciones dadas en los artículos. Con esto se daban cuenta que la gente leía los artículos y que mostraba interés por su contenido.⁶ Aunque puede cuestionarse la generalización, destaca la manera en la que el DSP resaltaba sus labores y el impacto de las mismas. Como se verá más adelante, esta interpretación acerca de los resultados de la propaganda no fue única y fue de hecho bastante criticada.

Los artículos en la prensa se sumaban al reparto de propaganda impresa. De acuerdo con el DSP, para 1930 esta había tenido un “éxito resonante en todo el país. De pueblos lejanos se pide propaganda y esta se agota rápidamente.” El doctor Martínez Baez, quien colaboró en la propaganda del DSP, afirmaba que entre 1922 y junio de 1930 se habían repartido cinco millones de impresos y se habían dictado 9,000 conferencias.⁷

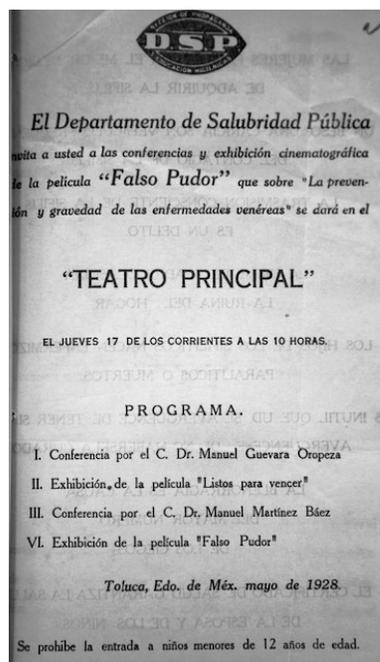
Las charlas sobre temas de higiene fueron más o menos constantes. El DSP continuó organizando conferencias tanto en la capital como en distintas partes del país. Después de la Campaña Nacional Antivenérea, estas labores quedaron a cargo de las delegaciones

⁵ *Colección de artículos de propaganda higiénica.*

⁶ RUIZ, “¿Es de resultados prácticos la propaganda escrita del Departamento de Salubridad?”, pp. 116-117.

⁷ LANDA, “La acción educativa del Departamento de Salubridad”, pp. 1093-1094.

sanitarias federales en los estados. Por ejemplo, en el Estado de México, el DSP por conducto de la delegación de Toluca convocó en 1928 a una matinée educativa en el Teatro principal. Ahí, habría conferencias y serían exhibidas las películas *Falso pudor* y *Listos para vencer*.⁸



Invitación del DSP a una conferencia y a exhibición de la película "Falso Pudor". Toluca, 1928. AHEM, S, S y B, vol. 103, exp. 12.

En 1929 el DSP ordenó a todas las delegaciones que se hiciera "una campaña oral de propaganda sobre higiene, enfermedades venéreas, etc." En Pachuca, por ejemplo, los médicos de la delegación sanitaria aprovecharon un evento de la compañía Real del Monte en que se hablaría de accidentes del trabajo, para dictar conferencias sobre enfermedades venéreas, uncinariosis, tuberculosis y alcoholismo. El público asistente fue "numerosísimo", seguramente en su mayoría mineros, técnicos y demás empleados de la compañía Real del Monte.⁹

La delegación sanitaria en Pachuca también convocó a diferentes grupos obreros para realizar reuniones y dictar conferencias. El Sindicato de Comerciantes Ambulantes del estado de Hidalgo, miembro de la CROM, recibió con "beneplácito" la invitación a participar en la "labor humanitaria" y a su vez invitó a sus miembros y "a los trabajadores en general, sin distinción de ideología", a asistir a las conferencias sobre sífilis, tuberculosis

⁸ AHEM, S, S y B, vol. 103, exp. 12.

⁹ AHSSA, SP, P, S, c. 12, exp. 11.

y alcoholismo. La Confederación Minera Hidalguense, por su parte, organizó un festival “exclusivamente para escuchar las conferencias y ver la película *Falso pudor*”. El festival contó con “música, adornos, iluminación, sillas etc., aparato cinematográfico, manipulador, todo cedido por el gremio obrero”. De acuerdo con el delegado sanitario, la asistencia fue de 2,000 personas, “sin exagerar”.¹⁰

Entre 1935 y 1940, el DSP reorganizó la lucha antivenérea de acuerdo a una “nueva etapa de acción social”. Estos cambios fueron promovidos durante las jefaturas de los doctores José Siurob y Leónides Andreu Almazán,¹¹ y apoyados por el gobierno del general Lázaro Cárdenas. El DSP “intensificó” la lucha antivenérea. El Departamento promovió una “campaña de educación” “entre grandes masas proletarias y de la periferia al centro”, realizó un estudio para erradicar la “lacra de la prostitución” y promovió una legislación abolicionista. Para favorecer el tratamiento, duplicó el número de dispensarios y creó en la capital un “centro antivenéreo de mujeres”¹² y un Dispensario Central Antivenéreo, además de 34 centros antivenéreos nuevos en todo el país.¹³

El DSP dio instrucciones a sus delegados en puertos y fronteras para que hicieran propaganda acerca de la tuberculosis, las enfermedades venéreas y la higiene infantil. En 1936, el Consejo Nacional Antialcohólico “se refundió con el de la campaña antivenérea acrecentando sus actividades por medio de 900 comités establecidos”.¹⁴ Además, el DSP desarrolló diversos estudios relacionados con las enfermedades venéreas, como la experimentación clínica con la vacuna estreptobacilar, el experimento de varios productos terapéuticos en los dispensarios y el inicio de una investigación epidemiológica sobre las enfermedades venéreas. Adicionalmente, realizó 2,500 reacciones de Wassermann, distribuyó 6,000 frascos de vacuna gonocócica, 2,400 de vacuna estreptobacilar y 500 equipos de intradermorreacción.¹⁵

¹⁰ AHSSA, SP, P, S, c. 12, exp. 11.

¹¹ Leónides Andreu Almazán (1896-1963) nació en Guerrero y estudió medicina en la Escuela Médico Militar. Participó en la Revolución con Zapata. Fue gobernador de Puebla entre 1929 y 1933, pero renunció poco antes de cumplir su periodo. Fue jefe del DSP, embajador de México en Inglaterra y Alemania (1936-40). A su regreso a México ocupó varios cargos, como Jefe del Servicio de Urología del Hospital Militar, Jefe del Departamento de Farmacias y Consejero Consultivo del IMSS. Fue hermano de Juan Andreu Almazán. *Diccionario Porrúa*.

¹² SIUROB, “La sanidad en México”, 1936, pp. 1142, 1144-1145.

¹³ SIUROB, “La sanidad en México”, 1937, p. 719.

¹⁴ SIUROB, “La sanidad en México”, 1936, p. 1153.

¹⁵ SIUROB, “La sanidad en México”, p. 545.

También fue organizada al interior del DSP la Oficina de la Campaña Antivenérea, posteriormente fue creada la Liga Nacional contra el Peligro Venéreo, dependiente del mismo Departamento, y en 1940 fue aprobado el Reglamento para la Campaña contra las Enfermedades Venéreas. El objetivo de estas administraciones era llegar a todos los sectores del país, “descendiendo bienhechoramente hacia los hogares más humildes” y alcanzando los sitios más apartados de la República. De acuerdo con el Dr. Siurob,

atendiendo a las actuales condiciones sociales de nuestro país, este (Departamento) ha llegado al firme convencimiento de que más de la mitad de la labor que desarrolla, descansa en una obra de educación y el resto corresponde –para lograr el éxito deseado– al mejoramiento económico de la población y a la acción técnica que, con los escasos recursos que ha contado el Departamento de Salubridad va abriendo camino lento, pero firme hacia la conquista de sus altas finalidades.¹⁶

La estrategia para llegar a los hogares campesinos y proletarios de todo México sería distinta a la seguida en la década anterior. Ya no se enviaría la misión, sino que se buscaría hacer una campaña constante apoyada en las instituciones y la organización sanitaria. Este nuevo enfoque fue posible en parte gracias a la reestructuración sanitaria que favorecida por la creación de unidades sanitarias y la coordinación de los servicios sanitarios de la República. El DSP buscó la colaboración de las Unidades Sanitarias Cooperativas y Ejidales, la Secretaría de Asistencia Pública, la Secretaría de Educación Pública y las escuelas médicas. Según sus funciones, habrían de participar en la propaganda, educación y/o curación.¹⁷ Aunque de alguna manera las instituciones mencionadas ya habían colaborado en la difusión de la higiene, se esperaba que su participación fuera más coordinada y sistemática.

Otra forma de llevar servicios de salud a más lugares de la República fue por medio del servicio médico social de la Universidad Nacional, a partir de 1936. Hubo un convenio entre la Universidad y el DSP y se acordó que como parte del servicio, los pasantes tuvieran labores de curación, profilaxis, investigación, educación y recolección de datos estadísticos.

¹⁶ SIUROB, “La nueva orientación de los servicios de Salubridad Pública”, p. 6.

¹⁷ VILLELA y REYES, “Algunas ideas sobre la Campaña Antivenérea Rural”, p. 358.

El servicio duraba seis meses y los pasantes debían ir a los lugares que las autoridades les asignaran.¹⁸

En el II Congreso de Higiene Rural celebrado en noviembre de 1938 en San Luis Potosí, el encargado de la Oficina General de la Campaña Antivenérea presentó una propuesta para crear la Liga Nacional contra el Peligro Venéreo, dependiente del DSP. La justificación no fue novedosa. En primer lugar, estaba “el ejército de los enfermos venéreos, cuyas filas, con voracidad insaciable, enrolan sin cesar y en número creciente a sus víctimas, hasta alcanzar cifras que antójanse fantásticas”.¹⁹ También fueron consideradas las consecuencias negativas de la sífilis para el individuo, la sociedad, la descendencia y la degeneración de *la raza*, así como el carácter contagioso y las ideas equivocadas acerca de la inocuidad de la gonorrea. La Liga realizaría actividades preventivas, curativas y de investigación. Como parte de la prevención, la educación tendría una “importancia superlativa”.²⁰ Entre sus funciones estaría “desarrollar activa propaganda entre los médicos y la población en general, a efecto de interesarlos en la lucha antivenérea y para difundir los conocimientos relativos por cuantos medios parezcan adecuados”.²¹ De acuerdo con sus Bases Reglamentarias, la Liga recurriría a investigaciones estadísticas, trabajos epidemiológicos, educación higiénica de la población, estudios técnicos sanitarios, jurídicos o sociales de temas relacionados con la lucha antivenérea, propaganda entre médicos y profesionales de la salud, y al establecimiento de dispensarios.²²

El DSP también contó con la colaboración de la SEP en la organización de eventos de difusión de conocimientos sobre higiene en general y prevención de enfermedades. Aunque la educación higiénica promovida por la SEP no tenía como su objetivo principal la lucha antivenérea, la prevención de estas enfermedades llegó a formar parte de sus actividades. Ya fuera brindando información a los alumnos o a sus padres, detectando

¹⁸ MEZA, “De la Universidad al campo”, pp. 607-644. Con anterioridad, los pasantes de la Universidad Michoacana llevaron a cabo Brigadas de Juventud para fortalecer su formación y colaborar con la salubridad del país. Por otra parte, el servicio médico social de la Universidad Nacional se hizo obligatorio en 1945 y se amplió su duración a un año.

¹⁹ VILLELA, “La Liga Nacional contra el Peligro Venéreo”, p. 519.

²⁰ VILLELA, “La Liga Nacional contra el Peligro Venéreo”, pp. 520-552.

²¹ AGN, OM, DSP, c. 3, exp. 10.

²² VILLELA, “La Liga Nacional contra el Peligro Venéreo”, pp. 519-526. La actuación de la Liga queda por fuera de los propósitos de la presente investigación. Sin embargo, es importante señalar su creación para mostrar cómo las autoridades sanitarias de finales de la 1930 asumieron la lucha antivenérea.

signos de la enfermedad en los niños, o bien permitiendo y fomentando las conferencias de la propaganda antivenérea en las escuelas, los maestros se convertían en colaboradores de la lucha.

La SEP, la higiene y la educación sexual

- La SEP y la difusión de la higiene

El cuidado y la difusión de la higiene estuvieron entre las atribuciones de la SEP. Esta realizó actividades constantes relacionadas con la salud de los estudiantes y de sus familias. La higiene escolar estuvo a cargo del DSP desde 1920 hasta 1922, cuando quedó exclusivamente bajo la dirección de la SEP. Desde su creación en 1921, la SEP contó con un Servicio de Higiene Escolar, dependiente de la Dirección General de Educación Primaria del Distrito Federal.²³ Durante el gobierno de Calles hubo algunas reformas a la Secretaría y fue creado el Departamento de Psicopedagogía e Higiene (1925), inspirado en las conclusiones de los Congresos del Niño de 1921 y 1923 acerca de la necesidad de “orientar la educación con bases científicas”. Entonces la Sección de Higiene Escolar pasó a formar parte de dicho Departamento y quedó a cargo de “vigilar el desarrollo físico y mental de los niños y defender a maestros y alumnos de los peligros de la vida en comunidad, colocándolos en un medio higiénico y adecuado a sus necesidades”.²⁴

Aunque ya en la década de 1920 se reconocía a los profesores y a los médicos como promotores de la higiene entre los estudiantes y en su medio social, la SEP pretendía que sus labores tuvieran cada vez mayor impacto. Desde entonces, el personal docente y médico de la SEP debía encargarse de la vigilancia de los estudiantes para detectar posibles enfermedades y llevar un registro que incluyera los antecedentes personales y hereditarios de los alumnos.²⁵ La SEP y el DSP colaboraron en la detección y control de enfermedades

²³ La inclusión de la higiene escolar como parte de las labores de las autoridades educativas no era novedosa. El Congreso Higiénico Pedagógico de 1882 propuso la creación de una Inspección Médica e Higiénica de las escuelas, que se vio materializada en 1896. CARRILLO, “El inicio de la higiene escolar en México”, pp. 71-74. CARRILLO, “Vigilancia y control del cuerpo de los niños”. CHAOL, “La higiene escolar en la ciudad de México”, pp. 249-304.

²⁴ *El esfuerzo educativo*, p. 13.

²⁵ *El esfuerzo educativo*, p. 195.

entre los escolares, como cuando se presentó una epidemia de tifo. Además, aplicaron tratamientos médicos a alumnos heredo-sifilíticos, “hipoglandulares”, desnutridos, “pretuberculosos”, epilépticos, entre otros.²⁶

En 1923 fueron creadas las Misiones Culturales, que irían itinerantes por el país para la formación de los maestros rurales en áreas de conocimiento que contribuyeran a mejorar la vida de los campesinos, entre ellas la higiene.²⁷ En 1932, con Narciso Bassols²⁸ como secretario de Educación, las Misiones Culturales fueron reorganizadas. Aunque las autoridades educativas reconocieron las limitaciones de las Misiones Culturales para mejorar las condiciones materiales de las comunidades rurales, no cesaron sus esfuerzos por incidir en la vida en el campo.²⁹

En el ámbito de la higiene, los maestros requerían mayor formación para cumplir su cometido. Por ello, dio inicio en 1932 el Curso de Educación Higiénica a maestros rurales. Los maestros rurales fueron considerados “los elementos más apropiados para hacer llegar a los campesinos, los beneficios de una instrucción higiénica y médica en general, así fueran elementales”. Como parte de este Curso, en los años siguientes fueron enviados cuestionarios y lecciones a profesores rurales en todo el país. Para 1934 había 1,500 “alumnos-maestros” inscritos, pero “muchos” de ellos “por sus frecuentes cambios o, tal vez, algunos, por morosidad, prestaban poca atención al estudio del Curso”.³⁰

En enero de 1936 el número de inscritos alcanzaba los 2,020 de un total de 12,000 maestros rurales. Para que el Curso llegara a más profesores, fue solicitada la colaboración de los delegados del DSP, “esperando que en esa forma se obtendría mejor resultado, puesto que habría quien, más cerca de ellos, los atendiera con prontitud y eficacia”. Los delegados secundaron la idea y medio año después, las inscripciones habían aumentado a 11,185 de

²⁶ *Memoria relativa al estado que guarda el Ramo de Educación Pública*, p. 171.

²⁷ LOYO, “Lectura para el pueblo, 1921-1940”, p. 302. LOYO, “¿Escuelas o empresas?”, p. 79.

²⁸ Narciso Bassols (1897-1959) estudió Derecho en la Universidad Nacional, donde impartió clases. Fue director de la Facultad de Derecho y colaboró en la fundación de la Escuela Nacional de Economía. Redactó en 1927 la Ley Agraria. Entre los distintos cargos que ocupó fue secretario general de Gobierno en el Estado de México (1930), secretario de Educación, secretario de Gobernación (1934), Secretario de Hacienda (a fines de 1934). Fue embajador de México en Londres, Moscú, París y Madrid. Delegado de México ante la Sociedad de Naciones, donde se opuso a las agresiones fascistas en Etiopía (1935) y la invasión nazi de Austria (1938). Apoyó al gobierno Republicano español durante la guerra civil (1936-1939). *Diccionario Porrúa*. BRITTON, *Educación y radicalismo en México*, pp. 23-25.

²⁹ PALACIOS, *La pluma y el arado*, pp. 52 y 58-59.

³⁰ AGN, SSA, c. 11. PLIEGO, Jorge, “Informe presentado en la Primera Convención de Trabajadores de Salubridad”, 3 de agosto de 1937.

14,000 maestros rurales. La participación de algunos delegados sanitarios no fue como la SEP lo esperaba, pues se conformaron con enviar los impresos a los directores de educación de los estados, sin hacer seguimiento de los maestros. Para remediar esta situación, la jefatura de la Oficina Central de Higiene Rural del DSP envió a los Servicios Coordinados una circular con las instrucciones para el Curso. Aun así, hubo “muchos” maestros rurales que expresaron “cierta desilusión por no haber sido atendidos por los médicos del Departamento más cercanos a los lugares donde trabajan”.³¹

Las dificultades que enfrentó el Curso no sólo se debían a las autoridades sanitarias, sino en ocasiones también a las educativas. Algunos de los jefes de los Servicios Sanitarios Coordinados tuvieron que “luchar con la idiosincrasia del Magisterio Rural, siempre recargado de quehaceres y a veces un tanto cuanto indiferente para mejorar su cultura, sobre todo si se trata de una especialización como la que nos ocupa”.³² A pesar de las dificultades, las labores continuaron y al terminar 1936 el Curso contaba con 14,000 maestros rurales.³³

El Cursos de Educación Higiénica abarcarían la profilaxis de enfermedades transmisibles, que “es una de las más altas funciones de la inspección médico escolar.” La participación de los maestros era fundamental, pues

el profesor está en más contacto con sus alumnos y por esta razón puede en un momento dado sorprender los primeros síntomas de las enfermedades contagiosas, para lo cual urge que tenga siquiera nociones elementales de aquellas y que son las más frecuentes entre los escolares como la viruela, la escarlatina, el sarampión, la varicela, la tos ferina, el tifo, la erisipela, la difteria, los orejones, la gripa, la tuberculosis y la sífilis.³⁴

Así como los maestros debían conocer acerca de las enfermedades y su prevención, los médicos escolares debían participar en la educación. De acuerdo con la Memoria de la Secretaría de 1936 y 1937, la orientación de inspección sanitaria en las escuelas cambiaría “de manera radical” y el médico escolar se convertiría en “un agente de educación

³¹ AGN, SSA, c. 11. PLIEGO, Jorge, “Informe presentado en la Primera Convención de Trabajadores de Salubridad”, 3 de agosto de 1937.

³² AGN, SSA, c. 11. PLIEGO, Jorge, “Informe presentado en la Primera Convención de Trabajadores de Salubridad”, 3 de agosto de 1937.

³³ AGN, P, LCR, 458/18, “Resumen de labores realizadas por el DSP”, 1935-1936.

³⁴ AHSEP, DPH, 1935, c. 5142 III/150.3/ “Introducción al estudio de las enfermedades infecciosas. Conferencia dada por radio por el Dr. José de Jesús Martín González”.

higiénica, un infatigable luchador en pro de la educación y transformación higiénica de la comunidad, escolar al mismo tiempo que será el agente acucioso y fiel colaborador en las investigaciones que realice el Instituto Nacional de Psicopedagogía.” Por su parte, los maestros tendrían una “cuidadosa preparación en cuestiones de higiene, ya que él es el agente más efectivo de transformación”.³⁵

La SEP también promovió la higiene por medio de eventos, como la “Semana Nacional de Higiene”, organizada por su Departamento de Psicopedagogía e Higiene. La “Semana” consistía en actividades de propaganda y acciones sanitarias que durante siete días se llevaban a cabo en diversas partes de la República, de acuerdo con un programa elaborado por las autoridades sanitarias y educativas. Por ejemplo, la Semana Nacional de Higiene organizada en octubre de 1937 asignó el día 19 a la campaña antivenérea y antituberculosa.³⁶

El programa general era desarrollado en distintos lugares del país de acuerdo con las posibilidades y los intereses locales. En Guanajuato hubo “pláticas alusivas” a las enfermedades venéreas en la cárcel, el cuartel militar y el sindicato de ferrocarrileros. En Manzanillo fueron dictadas conferencias sobre enfermedades venéreas, paludismo y tuberculosis, con “intermedios amenizados por selecta música de la localidad”. En Tampico las pláticas del día 19 de octubre versaron sobre la sífilis y el paludismo. En Dr. Arroyo, Nuevo León, ese día hubo además de las conferencias, un festival y “durante toda la semana hubo una animación desbordante entre el público y aceptando con sumo agrado todo aquello que el comité se propuso hacer en bien de la salud pública”. En Ciudad Anáhuac, Nuevo León, la charla versó sobre la importancia de certificado prenupcial.³⁷

La SEP estuvo comprometida con la difusión de la higiene por otros medios, como el teatro guiñol, la radio y sus publicaciones. El 1932, el Departamento de Bellas Artes dependiente de la SEP creó el proyecto de teatro guiñol que dio inicio un año después. Por medio de obras teatrales con títeres se buscaba educar a los niños acerca de distintos temas, como el trabajo, su importancia, su explotación, la solidaridad y la unión de los

³⁵ *Memoria de la Secretaría de Educación Pública, 1936-1937*, p. 231.

³⁶ AHSEP, DPH, c. 5105, ref. III/400/3-3. “Documentos relativos a la Semana Nacional de Higiene, del Depto. De Psicopedagogía e Higiene, DSP, Departamento Autónomo de Publicidad y Propaganda”, 1937.

³⁷ AHSEP, DPH, c. 5105, ref. III/400/3-3. “Documentos relativos a la Semana Nacional de Higiene, del Depto. De Psicopedagogía e Higiene, DSP, Departamento Autónomo de Publicidad y Propaganda”, 1937.

trabajadores, así como la higiene. Sobre esta última, el énfasis estuvo en el aseo personal, la lucha contra los microbios y el alcoholismo.³⁸

La estación de radio de la SEP (XFX)³⁹ ofrecía en “La hora del hogar” una sección del “Médico familiar” que daba consejos para la educación higiénica. Se dictaban “cursos” de enfermería doméstica, medicina de urgencia y algunas cuestiones de patología, farmacia y terapéutica. También se dramatizaba la visita del médico al hogar y se atendían las consultas de los radioescuchas.⁴⁰ En esta sección también fueron abordados diversos temas dedicados a mujeres que tuvieron un “éxito halagador”, entre ellos: alimentación, herencia psicofísica sobre los hijos, heredosífilis, higiene de la maternidad, “alteraciones psíquicas propias de la mujer”, la histeria, “las falsas histerias”, “el aseo de la mujer como atractivo primordial en la vida del hogar”, “la salud de la mujer como piedra angular de la felicidad del hogar”, los celos de las casadas, entre otros.⁴¹

Las publicaciones de la SEP también dieron importancia a la difusión de la higiene. La revista infantil “Pulgarcito” (1925-1932) tuvo una sección de propaganda higiénica.⁴² A través de la colaboración de los niños en sus contenidos, “Pulgarcito” recordaba a sus lectores sobre temas como la higiene y el correcto comportamiento moral y cívico.⁴³

Una de las primeras publicaciones del Departamento de Psicopedagogía fue la *Cartilla de higiene escrita especialmente para la población indígena*.⁴⁴ La *Cartilla* trataba diversos temas, entre ellos: el aseo personal, las heridas, las enfermedades transmisibles, el contagio entre los escolares, la creencia errónea del origen de algunos males, el cuidado de los niños, la limpieza dental, así como la higiene y las enfermedades sexuales. El capítulo

³⁸ SOSENSKI, “Niños limpios y trabajadores”, pp. 493-518. ARÉCHIGA, “Educación, propaganda o dictadura sanitaria”, pp. 84-85. Sobre el teatro guiñol y su recepción véase JACKSON, “‘Comino Vence al Diablo’ and Other Terrifying Episodes”, pp. 355-374.

³⁹ Esta estación fue fundada en 1924 bajo el nombre de CZE. Aunque hubo desde entonces transmisiones con fines educativos, fue hasta la década de 1930 que se consolidó el uso constante de la radio como medio educativo. La SEP tuvo un servicio de radiodifusión que buscaba incorporar a las comunidades rurales a la vida nacional. Aun cuando la potencia radial era limitada (500 watts), tuvo difusión en el Valle de México, que era la zona más densamente poblada. Aunque es difícil calcular el nivel de audiencia, se ha estimado que para 1935 había alrededor de 250 000 radioescuchas, incluyendo a quienes, sin tener un aparato, se congregaban en lugares públicos como restaurantes o escuelas para escuchar la radio. HAYES, *Radio Nation*, pp. 42-46.

⁴⁰ *Memoria relativa al estado que guarda el Ramo de Educación Pública*, 1933, pp. 528-32. JACKSON, “Children of the Revolution”, p. 118.

⁴¹ *Memoria relativa al estado que guarda el Ramo de Educación Pública*, 1934, pp. 419-420.

⁴² *El esfuerzo educativo*, p. 199.

⁴³ JACKSON, “Children of the Revolution”, p. 162. El análisis de Jackson sobre “Pulgarcito” se centra en los temas de ciudadanía, estética y nacionalismo.

⁴⁴ GUDIÑO, “Educación higiénica y consejos de salud para campesinos”, p. 72.

que trata este último asunto es breve y pone énfasis en el aseo de los genitales tanto masculinos como femeninos, especialmente en las personas casadas. De hecho, señala que “la mayoría de las veces” las enfermedades adquiridas por la unión sexual tenían como causa la “falta de limpieza”. La única forma de curar estos padecimientos era acudiendo a un médico titulado, pues si los síntomas aparentemente habían desaparecido, eso no significaba que la persona hubiera sanado. Los remedios caseros tampoco serían de utilidad. Finalmente, el texto señala el peligro que estas enfermedades representaban para la descendencia, especialmente la “purgación” o gonorrea en los ojos del recién nacido.⁴⁵

El periódico *El Sembrador* (1929) y la revista *El Maestro Rural* (a partir de 1932) tenían entre sus objetivos enseñar a los campesinos, a través de los maestros, hábitos higiénicos. Sus páginas promocionaron los programas de salud de la SEP y el DSP, e incluyeron lecciones sobre el aseo personal, el alcoholismo, las enfermedades más comunes en el medio rural y la forma de prevenirlas, así como una sección de consultas en la que había sugerencias sobre higiene.⁴⁶

Con respecto a las enfermedades venéreas, *El Sembrador* publicó en varias ocasiones los consejos de “un médico viejecito” a las madres y las mujeres casaderas. A estas últimas recomendaba que se hicieran examinar por un médico ellas y a sus futuros esposos, a fin de asegurarse que ninguno de los dos estuviera enfermo.⁴⁷ Debían casarse y no sólo “juntarse” para que pudieran exigir al varón que demostrara su buena salud. De lo contrario, las consecuencias serían desastrosas. Continuaba el “médico viejecito”: “tú te entregas virgen y SANA, con la ilusión de tener HIJOS SANOS, fuertes y útiles; y en lugar de esto, vas a recibir como regalo de bodas, alguna enfermedad de tus regiones íntimas, que va después a minar todo tu cuerpo y a hacer de ti y de tus hijos seres muy desdichados”. La advertencia sigue con el relato de cómo serían los vástagos, después de “unos 4 ó 5 abortos”, sin un tratamiento adecuado: con “cara de viejecito, y como si lo hubieran cocido, o bien con cara de sapo o de fenómeno”. Si la mujer no se curaba, podía engendrar otro hijo “que no está bien proporcionado... y llorón... será tonto, casi idiota”. Su destino sería emborracharse, robar y hasta matar. Todo por “esa maldita enfermedad que se llama

⁴⁵ DEPARTAMENTO DE PSICOPEDAGOGÍA E HIGIENE, *Cartilla de higiene escrita especialmente para la población indígena*.

⁴⁶ GUDIÑO, “Educación higiénica”, pp. 71-95.

⁴⁷ SEGURA, “A las muchachas casaderas y las madres”, p. 15.

SÍFILIS”.⁴⁸ El “médico viejecito” también aconsejaba a las madres poner en los ojos del recién nacido gotas de nitrato de plata y agua destilada, que aunque no explicaba por qué o para qué, eran para prevenir la oftalmía purulenta, producto de la gonorrea de la madre.⁴⁹

El Sembrador presentaba estos consejos bajo la autoría de un “médico viejecito”, que se supondría doblemente sabio: por su edad y por su profesión. Las recomendaciones y advertencias eran categóricas y en un tono paternalista. Las ideas acerca de la virginidad de las mujeres hasta el matrimonio y la sospecha de que los varones podrían llevar la enfermedad al hogar, ya habían sido expresadas en la propaganda del DSP. Asimismo, ya habían sido señalados los que se pensaban eran los principales papeles de la mujer, tanto en la sociedad como en la lucha antivenérea: como esposa, exigir el certificado médico prenupcial, y como madre, cuidar de su prole.

La difusión de la higiene por parte de la SEP no estuvo enfocada a la prevención de la sífilis y la gonorrea, aunque no fue ajena a ella. El esfuerzo educativo de la SEP más relacionado con la lucha antivenérea, y también el más osado y polémico, fue la educación sexual en la década de 1930.

- La educación sexual antes de 1932

El debate sobre la educación sexual en México inició antes de la creación de la SEP. Al menos desde el inicio del siglo XX hubo opiniones divergentes en cuanto a lo que debía entenderse como “educación sexual” y el papel que debían desempeñar en ella los padres, los docentes, los médicos, e incluso los sacerdotes. Sin embargo, la polémica más enconada tuvo lugar en la década de 1930, cuando la SEP se propuso estudiar el tema para valorar su implementación desde la escuela primaria. La discusión, que se pretendía fuera en términos “científicos” y pedagógicos, tomó un cariz marcadamente político cuando fue relacionada con otras iniciativas de la SEP, como la educación socialista, y en última instancia, con el conflicto entre la Iglesia católica y el Estado.

La Sociedad Mexicana de Profilaxis Sanitaria y Moral creada en 1908 planteaba claramente la necesidad de instruir a los jóvenes acerca de los peligros de las enfermedades

⁴⁸ SEGURA, “A las muchachas casaderas y las madres”, p. 7.

⁴⁹ SEGURA, “A las muchachas casaderas y las madres”, p. 15.

venéreas. A través de sus publicaciones buscó participar en esa labor y también dio a conocer distintas opiniones acerca de cómo se debían comunicar tales enseñanzas.

En 1908, la Sociedad publicó en un folleto la traducción del texto del sifilógrafo francés Fournier *Para nuestros hijos cuando tengan 18 años*. Éste contenía “sólo consideraciones médicas” sobre las enfermedades venéreas: síntomas, complicaciones, pronóstico, importancia del tratamiento, consecuencias individuales y familiares, y estadísticas. Advertía sobre la “provocación femenina” y los peligros de las prostitutas, sobre todo de las clandestinas. Asimismo, planteaba que si el temor a la sífilis en un “principio de sabiduría”, también lo serían la moral, la religión y el respeto a sí mismos, a la mujer y a los futuros hijos. Finalmente, si la “atracción de los sentidos” ganaba y llevaba “la fatalidad”, aconsejaba buscar ayuda de la familia. El doctor Landa, convencido de la utilidad de esta información, consideró la posibilidad de cambiar el título del folleto y dedicarlo a jóvenes de 15 años y no de 18, pero decidió respetar el texto original.⁵⁰

La cruz blanca fue el órgano de difusión de la Sociedad y dio a conocer distintos pareceres sobre la educación sexual. El Profesor Manuel Velázquez Andrade fue un entusiasta partidario de que estas enseñanzas fueran impartidas en las escuelas. Publicó artículos no sólo de su autoría, sino también traducciones de la Asociación Americana de Higiene Social y la Asociación Alemana para el Mejoramiento de las Madres, que apoyaban la educación sexual en las escuelas.⁵¹ Velázquez consideraba que era mejor instruir a los jóvenes en las aulas, pues de todas formas no se librarían de ser “iniciados” por “medios inconducentes”. Para ello era necesario que los maestros tuvieran una preparación adecuada, en la que podía colaborar la Sociedad Mexicana de Profilaxis. Los temas que debían enseñarse eran: higiene personal (continencia sexual y cuidados del cuerpo), moral social (peligros para la colectividad, la sociedad y *la raza*), e historia natural (botánica y zoología).⁵²

La cruz blanca también publicó un texto de Prince Morrow, presidente de la Confederación Americana de Higiene Sexual, en el que exponía los objetivos de dicha organización y planteaba la necesidad de la educación sexual, impartida primero por los

⁵⁰ FOURNIER, *Para nuestros hijos*.

⁵¹ “Enseñad higiene sexual”, p. 4. “Necesidad urgente de educación sexual”.

⁵² VELÁZQUEZ, “El Problema sexual en la escuela”, p. 3.

padres y luego en las escuelas por medio de lecciones de botánica y zoología.⁵³ Aunque estos textos difundidos por la Sociedad Mexicana de Profilaxis expresaban una opinión favorable a tratar dichos temas en las aulas, no todos estuvieron de acuerdo, y *La cruz blanca* plasmó en sus páginas estas discordancias. El doctor Lavalle Carvajal cuestionaba la “educación sexual precoz” con la que los niños “genitalmente prematuros” llegaban a ser “artificialmente madurados”. Consideraba que las enseñanzas sobre la reproducción en plantas y animales serían inútiles, pues las “imaginaciones infantiles” jamás llegarían a “la rebuscada asociación de ideas”. Los padres ignorantes, y los maestros no mejor preparados, no serían aptos para tratar estos temas. Por ello, se congratulaba de que en México, por entonces, no había siquiera intentos de llevar a cabo esa educación. Proponía en cambio, enseñanzas “indirectas”, “presexuales”, más relacionadas con el “entrenamiento de la voluntad infantil” y el “dominio sobre el yo”.⁵⁴

Estos argumentos, tanto a favor como en contra, fueron constantemente repetidos, con algunos matices, en distintos foros. En congresos tanto nacionales como internacionales, la educación sexual fue objeto de análisis. El Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía de 1921 en Montevideo concluyó que debía impartirse la educación sexual en establecimientos secundarios y superiores.⁵⁵ En el Primer Congreso Mexicano de Venereología de 1924 el profesor B. Zenil presentó un trabajo sobre el tema y concluyó que la enseñanza en la primaria debía inculcar principios morales e higiénicos en general. Una vez que “el órgano sexual” comenzara a “manifestar sus tendencias”, iniciaría la educación sexual, siempre de forma individual y a cargo de un médico.⁵⁶

La discusión también fue objeto de estudio en el VI Congreso Panamericano del Niño celebrado en Lima en 1930. Éste recomendó a los países que no hubieran implantado la educación sexual, lo hicieran desde las escuelas primarias, conforme a la edad y las características de cada lugar.⁵⁷ El VII Congreso Médico Latinoamericano y el III Congreso

⁵³ *La cruz blanca*, I:30 (1912). MORROW, *The Teaching of Sex Hygiene*, 1912.

⁵⁴ LAVALLE CARVAJAL, “Educación sexual precoz”, pp. 1-3.

⁵⁵ CONI, “Estado actual de la lucha antivenérea en América”, pp. 152 y 22. El congreso contó con delegación mexicana, presentada por el doctor Joaquín González.

⁵⁶ ZENIL, “El papel de las escuelas primarias”, pp. 205-214.

⁵⁷ BRITTON, *Educación y radicalismo en México*, pp. 97-98. ARTEGA, *A gritos y sombrerozcos*, p. 91.

Médico Panamericano, ambos reunidos en México en 1930 y 1931 respectivamente, también recomendaron la educación sexual.⁵⁸

El DSP no fue ajeno al debate de la educación sexual. La Campaña Nacional Antivenérea de 1927 mostró la decisión de las autoridades sanitarias de informar a la gente para prevenir esas enfermedades. Como jefe del DSP, Gastélum reprochó el silencio sobre estos asuntos y estaba convencido de que una “educación inteligente” habría de evitar los peligros de los males venéreos.⁵⁹ Aunque la educación sexual que impartía era más bien informal y para adultos, el DSP no fue ajeno a las discusiones acerca de la impartición de estas enseñanzas entre los niños. En 1928, como parte de las actividades de difusión del DSP, fueron dictaron conferencias relacionadas, como las dictadas por el Dr. Manuel Martínez Baez en varias asociaciones de madres, acerca de “Cómo debe iniciarse la educación sexual” y “Cómo enseñar a los niños los fenómenos de la reproducción”. El Dr. Alfredo Saavedra dio una plática sobre “La importancia de la educación sexual” en la escuela “V.M. Flores”.⁶⁰

En 1930, las conferencias del DSP trataron entre otros temas, los siguientes: “Qué es y qué importancia tiene la educación sexual”, “La mejor época de la educación sexual”, “Evolución retrógrada de la educación sexual con la civilización”, “Objeciones a la educación sexual y la manera de subsanarlas”, “La vida sexual del niño hasta la pubertad”, “Caracteres sexuales primarios, equivalentes sexuales del niño, su control, perversiones sexuales y vicios solitarios a esa edad”, “Cómo puede hacerse la educación sexual. Sus ventajas y peligros, edad en que es posible y propio, la madre como única educadora desde este punto de vista”. Las conferencias estuvieron a cargo de Martínez Baez, Alfredo Saavedra y Everardo Landa.⁶¹

Aunque las fuentes consultadas no abundan en el contenido de las conferencias, los títulos reflejan el reconocimiento de la sexualidad infantil y de la importancia de la educación sexual. Sin embargo, a partir de los temas abordados en las pláticas no queda clara la opinión del DSP acerca de la participación que debían tener las escuelas. Años

⁵⁸ SAAVEDRA, *México en la educación sexual*, pp. 25 y 28.

⁵⁹ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 7.

⁶⁰ *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 1 (1928), pp. 132 y ss.

⁶¹ *Salubridad*, I:3 (1930), pp. 846, 850, 852 y 856.

después, Saavedra y Landa expresaron sus opiniones personales al respecto, pero el DSP evitó involucrarse en la polémica de los años 1930, como se verá más adelante.

Tanto la Universidad Popular como la Universidad Nacional tuvieron un papel activo en la difusión de la higiene y de la educación sexual. El Dr. Alfonso Pruneda, convencido partidario de la educación sexual, estuvo al frente de ambas instituciones⁶² y más tarde colaboró con la SEP en los estudios sobre el tema. En la Universidad Popular hubo conferencias acerca de la prevención de las enfermedades venéreas dedicadas a obreros. Su *Boletín* publicó varios textos sobre el tema. La Universidad Nacional “cooperaba” por medio de la Normal Superior, dependiente de ella, en la que se dictaban cursos de higiene escolar y social a los futuros docentes.⁶³

La misma SEP ya estaba involucrada con la educación sexual antes de 1930. De acuerdo con Pruneda, por estos años, la “complexa labor” de la SEP incluía “pláticas de higiene sexual en las escuelas secundarias de varones y en otras superiores”.⁶⁴ Para 1928, estas actividades parecían transcurrir sin mayor sobresalto. La polémica vendría en los años siguientes.

- La polémica educación sexual

A partir de 1933 la discusión sobre la educación sexual en México tuvo gran resonancia en distintos sectores sociales que antes no se expresaron con tanta vehemencia como a partir de entonces. La divulgación de los proyectos de la SEP y de la Sociedad Mexicana de Eugenesia parecen haber sido el detonante de una polémica que se prolongaría por meses. En esta controversia tuvieron que ver los estudios de la SEP acerca de la posible inclusión de la educación sexual desde la escuela primaria, el involucramiento de importantes diarios

⁶² Pruneda estuvo al frente de la Universidad Popular entre 1914 y 1922, y de la Nacional, entre 1924 y 1928. Acerca de la Universidad Popular, TORRES, *Cultura y revolución: la Universidad Popular Mexicana*. Morelos Torres hace una breve referencia a la conferencia de Luis Madrid Mendizábal: “El tratamiento de la sífilis” del 14 de junio de 1918. El contenido de esta plática fue publicada en el *Boletín de la Universidad Popular Mexicana*, t. IV, 1918. El *Boletín* publicó otros artículos relacionados con este tema, como el de LANDA, “El peligro venéreo, la sífilis”, *Boletín de la Universidad Popular Mexicana*, I:7 (1915).

⁶³ PRUNEDA, “La SEP de México y la difusión de la higiene”, p. 53.

⁶⁴ PRUNEDA, “La SEP de México y la difusión de la higiene”, p. 54.

capitalinos y la publicidad que dieron al tema, así como la asociación de estos proyectos con otras iniciativas educativas de la Secretaría y con los conflictos Iglesia-Estado.⁶⁵

Para 1932 todavía prevalecía lo que Alfredo Saavedra llamaba un “ambiente pro educación sexual”. Al poco tiempo de su fundación (septiembre de 1931), la Sociedad Eugénica Mexicana elaboró un “Proyecto de educación sexual y profilaxis de las enfermedades venéreas y el alcoholismo”, que envió a los gobernadores de los estados de la República. Las respuestas fueron positivas, con algunas promesas de formar comités e incluso presentando algunos representantes de los estados ante la Sociedad Eugénica. Saavedra destacó que “en su mayoría –los gobernadores– manifestaron la penuria en la que se encontraban, aunque a decir verdad, no se les solicitó ninguna ayuda económica”.⁶⁶

El 5 de enero de 1932 la Confederación Nacional de Padres de Familia dio a conocer el programa de actividades a realizar ese año. Entre sus planes estaba “pedir que se implanten desde el kinder métodos educativos de higiene y eugenesia” y “abrir una encuesta popular con objeto de conocer la opinión pública respecto a la promiscuación (*sic*) de los sexos en las escuelas”.⁶⁷ En febrero de ese año la Confederación convocó al Primer Congreso Nacional de Padres de Familia, en el que Saavedra presentó una ponencia sobre “La educación sexual en las escuelas y en el hogar”.⁶⁸

El 6 de julio de 1932 el Bloque Nacional de Mujeres Revolucionarias solicitó a la SEP que, con el apoyo de la Sociedad Mexicana de Eugenesia, implantara la educación sexual en las escuelas técnicas industriales y comerciales. La SME atendió al llamado y el 2 agosto de ese mismo año envió a la SEP el “Plan de enseñanza y educación sexual para adultos y menores de 16 años”.⁶⁹

El “Plan” de la SME proponía distinguir entre instrucción, educación y profilaxia antivenérea. La primera se refería a nociones generales de historia natural que se podían enseñar a los más pequeños; la educación debía iniciar cuando apareciera el “imperativo

⁶⁵ Varios estudiosos del tema han planteado la relación entre la discusión sobre la educación sexual y los conflictos Iglesia-Estado, entre ellos BRITTON, *Educación y radicalismo en México*, DEL CASTILLO, “La polémica en torno a la educación sexual”, pp. 203-226.

⁶⁶ SAAVEDRA, *México en la educación sexual*, pp. 31-32.

⁶⁷ SAAVEDRA, *México en la educación sexual*, pp. 9 y 18. Por “promiscuación” se referían a la coeducación, un tema también debatido esos años.

⁶⁸ SAAVEDRA, *México en la educación sexual*, p. 34.

⁶⁹ SAAVEDRA, *México en la educación sexual*, p. 34. BRITTON, John, *Educación y radicalismo en México*, p. 98.

sexual” y estaría relacionada con la moral, y; la profilaxia antivenérea se reservaría para cuando se iniciaran las prácticas sexuales. Estas enseñanzas serían progresivas y adecuadas a cada edad. La instrucción iniciaría en el hogar y continuaría en la escuela, en tanto que la educación sexual y antivenérea sería individual y estaría bajo la responsabilidad de maestros o médicos preparados. La educación se impartiría a moción del alumno, sin dejar dudas ni nuevas curiosidades. Finalmente, el “Plan” sugería que la educación sexual estuviera basada en un concepto de “sublimación afectiva”.⁷⁰

La SEP no desarrolló el proyecto de la SME y se encargó del asunto por su cuenta. Atendiendo a la iniciativa del doctor Alfonso Pruneda, expresada y aprobada en el Primer Congreso Nacional de Enfermeras y Parteras, celebrado en diciembre de 1932, la SEP organizó una Comisión Técnica Consultiva especial que estudiaría el tema.⁷¹ La Comisión estuvo conformada por los profesores César A. Ruiz, Dionisia Zamora, Gildardo Avilés, David Vilchis, Ramón García Ruiz, el ingeniero León Salinas, los doctores Pedro de Alba, Alfonso Pruneda y el licenciado Ezequiel A. Chávez.⁷²

Las conclusiones fueron presentadas en 15 incisos, entre los que destaca el referente a que el gobierno sería el responsable de impartir la educación sexual a partir de tercero de primaria. Otros puntos establecían que los alumnos de las normales y los profesores recibirían instrucción para estar preparados en la materia. El Departamento de Psicopedagogía e Higiene, el de Primaria y Normal, y el de Secundaria se encargarían de organizar conferencias de educación sexual para los padres y los adolescentes que no asistieran a la escuela. Se intensificaría la cultura física en las secundarias para “dar salida a la desbordante energía de los adolescentes”, y se pediría a los profesores de educación cívica y literatura que incluyeran textos de ética de la educación sexual con obras de “reconocido valor moral y científico”.⁷³

Antes de que el dictamen de la Comisión fuera dado a conocer a la opinión pública, algunos diarios de circulación nacional ya dedicaban algunas de sus páginas al debate sobre la educación sexual. Por ejemplo, el periódico *Excelsior* publicó las opiniones de Pedro Gringoire, un “partidario sincero” que abogaba por la necesidad de instruir a los

⁷⁰ “Plan general de educación e instrucción sexual”, p. 8.

⁷¹ SAAVEDRA, *México en la educación sexual*, p. 37.

⁷² SAAVEDRA, *México en la educación sexual*, pp. 34-36.

⁷³ “Se recomienda la educación sexual”, primera plana. SAAVEDRA, *México en la educación sexual*, p. 35.

niños y a los jóvenes en el hogar.⁷⁴ Otros artículos en el mismo diario coincidían en que la educación sexual era necesaria y que las personas idóneas para impartirla eran los padres. Varios articulistas estaban de acuerdo en que se debía “encontrar la manera de que los niños reciban esa educación de fuente pura y bien intencionada, de persona respetable y guiada por sentimientos nobles y generosos, antes de que llegue el momento de recibirla de fuentes malignas.”⁷⁵ Aunque los padres debían ser esas “personas respetables”, había quien dudaba de su preparación para abordar tales temas. Jorge Labra era escéptico y afirmaba, siguiendo a “un profesor”, que los padres no solían hablar con sus hijos del asunto. En caso de que lo hicieran –a decir de Labra– era común que dijeran “leyendas” que después eran difíciles de “desbaratar”, como que la cigüeña había traído al hermanito de París, “o si es de procedencia nacional, que lo trajo un carbonero, entre el carbón”.⁷⁶

La discusión cambió de tono cuando fueron dadas a conocer las conclusiones a las que había llegado la Comisión Técnica Consultiva de la SEP. Aunque la Comisión era “consultiva” y el dictamen no era definitivo, la prensa capitalina publicó con gran alarma dichas resoluciones. La reacción no se hizo esperar. La sola idea de que la educación sexual quedara bajo la responsabilidad de los maestros parecía ya amenazante.⁷⁷ Las críticas provinieron de diversas fuentes, desde agrupaciones católicas de padres de familia, hasta de quienes se habían dicho partidarios de la educación sexual.

Un “numeroso grupo de padres” entregó a la redacción del *Excelsior* un memorial dirigido al secretario de Educación Narciso Bassols. Si antes se había puesto en duda la aptitud de los padres de familia, ahora ellos cuestionaban la idoneidad y preparación de los maestros. Esto por sí solo constituía “un motivo poderosísimo para ver no sólo con desconfianza sino con verdadero terror la implantación prematura de la educación sexual.” Y a ello se sumaba que, desde la óptica de estos padres de familia, la Comisión prescindía “casi por completo... de las relaciones éticas y morales del problema” y daba prioridad a los aspectos higiénicos, psicológicos y médicos, siendo que el instinto sexual era un “problema moral”. A su entender, la propuesta no era de educación sino de instrucción, es decir, se trataba de dar información, descuidando la “formación de la voluntad”. Sin esta, la

⁷⁴ GRINGOIRE, “Resoluciones sobre educación sexual”, p. 5.

⁷⁵ “Un problema a discusión. Carta del Dr. Alfonso R. Ochoa a Pedro Gringoire”, p. 6.

⁷⁶ LABRA, “La preparación de los padres”, p. 5.

⁷⁷ “Otra vez la amenaza de la educación sexual”, p. 5.

sola instrucción implicaba “iniciar prematuramente a nuestros hijos en los lodazales de una pornografía, si se quiere más mesurada, pero al fin pornografía.”⁷⁸

El periodista Jesús Guisa y Acevedo se sumó a estas voces reprochando que el tema fuera planteado desde la higiene, la salud y la ciencia, ignorando la moral, la virtud y la castidad. “La educación sexual es una cuestión, debe ser una cuestión eminentemente MORAL. Como el Estado carece de moral, como el Estado está incapacitado, por esto, para enseñar moral, el Estado no debe impartir la educación sexual.”⁷⁹

La Unión de Padres de Familia,⁸⁰ una organización católica con presencia nacional, también expresó su inconformidad con la convicción de que representaba a “la mayoría de la opinión de todos los padres de familia de la República”. Se oponía a que la educación sexual estuviera a cargo de los profesores, en primer lugar porque ella en sí misma era “extraordinariamente peligrosa”. Además, no era necesaria, ni de urgente resolución y las escuelas no contaban con el personal idóneo para impartirla. Y eso no era lo peor, según la Unión, ya que la educación sexual perseguía fines “abominables y antipatrióticos” que tenían sus bases en el “comunismo”,

en la corrupción de la niñez y de la juventud, en el desprecio absoluto por el padre y por la madre, en el establecimiento de las uniones sexuales libres y pasajeras, en la destrucción completa de la familia, en convertir la escuela en un instrumento ciego del partido comunista, en el desquiciamiento de todas las instituciones morales, y en el derrumbamiento definitivo de las naciones por el envilecimiento del individuo.⁸¹

El dictamen dejaba “dudas y desconfianza, que se [convertían] con facilidad en temor pánico (*sic*)”.⁸² Al ser el resultado de un estudio preliminar, el dictamen era general y no establecía cuáles eran los contenidos temáticos que se abordarían como parte de la educación sexual, y tampoco expresaba con claridad si habría una materia escolar especial para tratarla. Por ello, se prestaba a diversas interpretaciones y dejaba a la imaginación a qué se refería la llamada “educación sexual”, lo cual alimentaba sospechas y miedos.

⁷⁸ “La educación sexual en las escuelas corromperá sin remedio a los niños”, pp. 1 y 8.

⁷⁹ GUISA Y AZEVEDO, “Moral sexual y educación”, p. 5.

⁸⁰ Originalmente, la Unión de Padres se llamó Asociación Nacional de Padres de Familia y fue fundada el 27 de abril de 1917. Entre sus objetivos estaba la defensa de la “libertad de educación”. Su Primera Asamblea Nacional fue celebrada en junio de 1926, y en ella se decidió cambiar el nombre de Asociación por Unión, para distinguirla de la homónima Asociación Nacional de Padres de Familia promovida por la SEP. GARCÍA, “El Centro Jalisco de la Unión Nacional de Padres de Familia”, pp. 439-460.

⁸¹ “Es adversa la opinión de los padres a la educación sexual impartida por los profesores”, primera plana.

⁸² “El crimen de la educación sexual”, p. 5.

La educación sexual fue calificada por sus detractores como peligrosa, inmoral, corruptora, pornográfica, comunista, criminal, entre otros. Para quienes así la llamaban, resultaba insoportable la sola idea de que pudiera implantarse en las escuelas: los niños y niñas, con el “alma sin manchas, con la aureola de la inocencia y de la castidad en la frente”, indefensos frente a “un dómino o una dómina (*sic*), pedante” que llegaba “con el desvío de quien no labra en tierra propia, a revelarles los secretos de la generación y sus más escabrosas consecuencias, desde las primeras atracciones del placer carnal, hasta los dolores del parto y los estragos de las enfermedades venéreas.”⁸³ El cuidado de la salud estaba lejos de ser un argumento convincente, pues ellos entendían que se trataba de un asunto ante todo moral. Si la higiene del cuerpo y la ciencia eran importantes, más lo eran la “higiene del espíritu” y la moral.⁸⁴

El debate acerca de la educación sexual no sólo tocó la sensibilidad de los padres de familia. Hubo docentes que se sintieron agraviados por los cuestionamientos acerca de su idoneidad y su honorabilidad. “Un profesor” escribió indignado al periódico *Excélsior* protestando por las “injurias contra el profesorado”. El diario contestó para “evitar torcidas interpretaciones” que, aunque los detractores de la educación sexual estaban seguros de que había personas “honorables y sensatas” en el magisterio, también tenían la certeza de que no todos merecían esos calificativos. Por ello, concluían “sin ofensa para nadie, que nuestro profesorado fracasará lamentablemente en el empeño de instruir a los niños y a las niñas en los misterios de la generación”.⁸⁵

La polémica también afectó a quienes formaron parte de la Comisión Técnica Consultiva de la SEP. Entre ellos hubo distintas reacciones, desde la defensa del dictamen hasta su oposición. El doctor Alfonso Pruneda estaba profundamente convencido de la pertinencia de la educación sexual y continuó firme en su opinión. El licenciado Ezequiel A. Chávez trató de deslindarse del dictamen, seguramente preocupado de que su reputación se viera afectada. Envío a los periódicos *El Universal* y *Excélsior* una carta en la que aclaraba su (poca) participación en las discusiones, alegando que sólo había asistido “de

⁸³ “El crimen de la educación sexual”, p. 5.

⁸⁴ “El crimen de la educación sexual”, p. 5.

⁸⁵ “Excélsior y los profesores”, p. 5.

vez en cuando” debido a la “incompatibilidad de horarios por clases en la Normal Superior”.⁸⁶

El profesor David Vilchis por su parte, no sólo tomó distancia sino que se opuso abiertamente a la educación sexual, a pesar de haber suscrito el dictamen originalmente. En este caso, los motivos parecen haber sido políticos. Vilchis, quien fuera presidente del Consejo de Educación Primaria de la SEP, había estado involucrado en algunos conflictos que hubo entre el sindicato y el secretario Bassols en 1932 debido a la supresión de algunas plazas y también a causa de la reestructuración del Consejo.⁸⁷

Las resoluciones de la Comisión de la SEP encontraron reservas aun entre algunos partidarios de la educación sexual. El periodista Pedro Gringoire⁸⁸ consideraba que el dictamen había sido “extemporáneo y precipitado”, no por falta de estudio o meditación, sino porque había sido formulado y dado a conocer “antes de tiempo”. Para tomar “decisiones ejecutivas” era necesario documentar “NUESTRA realidad sexual” y hacer propaganda para “formar opinión pública”. Aseguraba que impartir estas enseñanzas era responsabilidad principalmente de los padres, y los maestros sólo debían ser colaboradores y no “sustitutos.” Cuestionaba a la SEP por su pretensión de asumir la educación sexual y por que consideraba que no había sustento para impartirla desde tercero de primaria. También criticaba a la SEP por hacer de esta iniciativa parte de sus intentos por controlar la educación, aun a expensas de los padres de familia.

Porque la mejor manera de matar en su cuna un proyecto tan noble como el de la educación sexual, es sacrificar en ella los dictados de la razón y de la ciencia desinteresada en aras de esa política arbitraria que en otras materias ha desarrollado la Secretaría y que se ha manifestado más de una vez por un insultante desdén

⁸⁶ “La educación sexual y el Lic. D. Ezequiel A. Chávez”, p. 6.

⁸⁷ DEL CASTILLO, “La polémica en torno a la educación sexual”, p. 208. BRITTON, *Educación y radicalismo en México*, p. 111. “Reglamento interior del Consejo de Educación Primaria del Distrito Federal”. “Reglamento para la elección de representantes de los maestros en el Consejo de Educación Primaria del Distrito Federal”. “Decreto de reorganización del Consejo de Educación Primaria del Distrito Federal”. “Decreto que reforma el artículo 22 del Reglamento de 14 de noviembre de 1929”.

⁸⁸ Pedro Gringoire era el pseudónimo de Gonzálo Báez-Camargo González (1899-1983). Estudió en la Escuela Normal de Puebla. Entre 1915 y 1916 fue oficial del Ejército Constitucionalista. En 1918 se inscribió en el Seminario Evangélico Unido en la Ciudad de México y en la Escuela de Altos Estudios de la Universidad Nacional. Fue editorialista del periódico *La Opinión* de Puebla y a partir de 1929 escribió para el *Excelsior*, donde tuvo su columna “El pulso de los tiempos” durante 35 años. Fue gerente de la Casa Unida de Publicaciones (1931-1946), presidente de la Cámara Mexicana del Libro (1944), jefe de redacción de *El Heraldo de México* (1958-1960) y colaborador en revistas como *Alborada*, *Guirnalda*, *El Abogado cristiano*, *El Evangelista mexicano*, entre otras. Entre 1947 y 1968 fue profesor de literatura, periodismo, y lengua hebrea en el Centro Evangélico Unido. *Diccionario Porrúa*.

hacia los padres de familia, por una tendencia hacia un riguroso monopolio y un desconsiderado afán de poner a la escuela en hostilidad abierta con el hogar.⁸⁹

Los reclamos por las “arbitrariedades” la SEP tenían que ver con las crecientes restricciones a la enseñanza religiosa en las escuelas y la participación de la Iglesia en la educación. El artículo tercero constitucional establecía que la educación sería “libre”, pero laica en las escuelas oficiales y en las instituciones de enseñanza primaria, elemental y superior particulares. Prohibía a las corporaciones religiosas y a sus ministros tanto el establecimiento como la dirección de escuelas primarias, e imponía la obligación de que las primarias particulares quedaran sujetas a la vigilancia oficial.⁹⁰ Hasta 1926 la intervención del gobierno en las escuelas fue “mínima”.⁹¹ La falta de recursos había sido un obstáculo importante que había impedido que el Estado asumiera plenamente su papel educador, y los colegios privados católicos habían tenido cierta libertad de acción.⁹²

Los conflictos entre la Iglesia y el Estado por la educación se avivaron en 1926 con el anuncio de la puesta en vigor de la ley reglamentaria del artículo 130 constitucional que facultaba al Estado para intervenir “en materia de culto religioso y disciplina externa” de la Iglesia.⁹³ Las diferencias se agudizaron con la publicación del Reglamento provisional para las escuelas primarias particulares del Distrito y Territorios Federales en febrero de 1926.⁹⁴ Este prohibía la afiliación religiosa de las escuelas, la presencia de imágenes religiosas, la docencia de ministros, entre otros. La reacción de los padres y las organizaciones católicas no se hizo esperar y hubo conflictos que se expresaron en distintas acciones como boicots y enseñanza clandestina de la religión en escuelas.⁹⁵ Hubo negociaciones entre la SEP y los grupos de colegios católicos, los cuales sólo lograron la participación de los miembros del clero como docentes, pero no en la dirección de las instituciones educativas. En la práctica hubo cierta flexibilidad, aunque el Estado insistió con la educación laica.⁹⁶

⁸⁹ GRINGOIRE, “Resoluciones sobre educación sexual”, p. 5. Las mayúsculas aparecen así en el original.

⁹⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917.

⁹¹ LOYO, *Historia mínima de la educación en México*, pp. 72-73. Sobre el conflicto Iglesia y Estado en la educación, SCHELL, *Church and State Education in Revolutionary Mexico City*.

⁹² LOAEZA, *Clases medias y política en México*, p. 78.

⁹³ Art. 1, “Ley reglamentaria del artículo 130 de la Constitución federal”, *Diario Oficial de la Federación*, 18 de enero de 1927. LOAEZA, *Clases medias y política en México*, p. 82.

⁹⁴ LOAEZA, *Clases medias y política en México*, p. 88.

⁹⁵ SCHELL, *Church and State Education*, pp. 184-195.

⁹⁶ LOAEZA, *Clases medias y política en México*, pp. 88-92.

Las tensiones se reavivaron en los primeros años de 1930 por los intentos de la SEP por erradicar la influencia religiosa de las escuelas privadas, tanto de las primarias como de las secundarias.⁹⁷ Bajo la dirección de Narciso Bassols, la SEP buscó imponer la educación laica también en las secundarias, por medio de un decreto de enero de 1932 que fijaba los requisitos para la revalidación de estudios hechos en escuelas particulares.⁹⁸ Para la validación de los estudios secundarios el decreto exigía, entre otros requisitos, que las instituciones no estuvieran dedicadas a la formación de ministros de culto, que la enseñanza fuera laica, que los colegios no fueran fundados ni dirigidos por clérigos y que éstos no fueran profesores.⁹⁹ Grupos católicos protestaron argumentando que la Constitución no exigía la educación laica a las secundarias.¹⁰⁰ Las pretensiones de la SEP de hacer laica la educación y de hacer cumplir el artículo tercero constitucional eran, para padres y organizaciones católicas, un atentado a la libertad de enseñanza. En este contexto, la educación sexual fue vista como otro agravio que no sólo desdeñaba a los padres de familia, sino que imponía a sus hijos una ideología contraria a sus creencias.¹⁰¹

En medio de la indignación, las inconformidades y los temores, en junio de 1933 la Unión Nacional de Padres de Familia convocó por medio del periódico *El Universal* a un plebiscito: “¿Está usted conforme con que a sus hijos y especialmente a sus hijas se les enseñen obligatoriamente en las escuelas los SECRETOS SEXUALES? Si usted lo aprueba o reprueba, mande su voto a la Unión Nacional de Padres de Familia”.¹⁰² Por medio de las votaciones, la Unión buscaba mostrar fehacientemente el repudio popular a la educación sexual, que llamaba “secretos sexuales”, quizá para causar un mayor efecto de alarma y tal vez también por la falta de claridad de la SEP en cuanto al significado de “educación sexual”. Un mes después, la Federación de Padres de Familia del DF también promovió una encuesta similar.¹⁰³

⁹⁷ BRITTON, *Educación y radicalismo en México*, pp. 39-47.

⁹⁸ “Decreto por el cual se fijan los requisitos que deberán llenarse para la revalidación de estudios hechos en escuelas particulares”.

⁹⁹ “Decreto por el cual se fijan los requisitos que deberán llenarse para la revalidación de estudios hechos en escuelas particulares”, art. 2.

¹⁰⁰ BRITTON, *Educación y radicalismo en México*, pp. 33-41.

¹⁰¹ Del Castillo plantea que hubo una pugna ideológica entre el clero y Estado por el “control de las mentes infantiles”. DEL CASTILLO, “La polémica en torno a la educación sexual”, p. 209.

¹⁰² *El Universal*, 3 de junio de 1933, citado en SAAVEDRA, *México en la educación sexual*, p. 50. Las mayúsculas aparecen así en el original. DEL CASTILLO, “La polémica en torno a la educación sexual”, p. 215, ARTEAGA, *A gritos y sombrerazos*, p. 100.

¹⁰³ BASSOLS, *Obras*, p. 283.

Bassols se pronunció públicamente al respecto. Para él era claro que un asunto “tan estrechamente vinculado con principios científicos” no debía resolverse “de forma plebiscitaria, aparentemente democrática”, pues estas votaciones solían estar apoyadas “en prejuicios y mistificaciones”. Se decía partidario de los estudios “ponderados y serenos”, pero criticaba duramente los recuentos de firmas y la oposición motivada por “horror supersticioso” y “prejuicios religiosos”.

Las conexiones entre la propaganda clerical contra la SEP y las protestas por este asunto se perciben claramente a medida que corre el tiempo, pues los últimos mítines contra la educación sexual, celebrados en diversos cines de la ciudad, han concluido al grito de ‘Viva Cristo Rey’ y ‘Abajo el artículo 3° de la Constitución’.¹⁰⁴

La oposición a la educación sexual iba más allá de las páginas de la prensa. Desde 1933 hubo reuniones multitudinarias de protesta, y alguna de ellas alcanzó una concurrencia “que pasó de mil personas”, según el *Excélsior*. Los padres de familia estaban dispuestos a llegar a una huelga escolar con tal de impedir que tales enseñanzas llegaran a las aulas.¹⁰⁵ Por su parte, la Asociación Nacional Pro-Libertad de Enseñanza convocó a un mitin el 11 de junio, en el que la educación sexual fue rechazada en las escuelas y que concluyó con la convicción de que sólo los padres podían impartirla.¹⁰⁶

Las expresiones de repudio se vieron en distintas partes del país. Un ejemplo de ello, fue Puebla, donde los cambios en el programa de estudios del Instituto Normal y la inclusión de un curso de eugenesia causaron una “verdadera conmoción”. Ahí, los padres de familia manifestaron su intensión de “recurrir a todos los medios legales para lograr que se suprima la materia sexual en las escuelas y de llegar a otros extremos en caso de no ser atendidos.”¹⁰⁷ Los padres michoacanos también se opusieron a “tan monstruoso proyecto” y no dudaban en tomar medidas enérgicas como huelgas, boicots y manifestaciones, si la respuesta a sus demandas era negativa.¹⁰⁸

A fin de incluir “todas las opiniones”, la SEP había propuesto desde abril de 1933 la conformación de una Comisión de estudio independiente de la Técnica Consultiva. Esta

¹⁰⁴ BASSOLS, *Obras*, p. 284.

¹⁰⁵ “Se llegará hasta la huelga escolar para defender a los niños”, primera plana.

¹⁰⁶ SAAVEDRA, *México en la educación sexual*, p. 70.

¹⁰⁷ LABRA, “Los padres poblanos contra la educación sexual”, p. 5. Las fuentes consultadas no informan sobre el contenido del programa de estudios de eugenesia en la normal de Puebla.

¹⁰⁸ SAAVEDRA, *México en la educación sexual*, p. 92.

nueva Comisión quedó integrada en junio de 1933, en medio de la polémica, y también tuvo como presidente al doctor Alfonso Pruneda. Tuvo representantes de nueve “instituciones libres” y dos oficiales: Universidad Nacional, Academia Nacional de Medicina, Sociedad Eugénica Mexicana, Congreso Nacional de Enfermeras y Parteras, Unión Nacional de Padres de Familia, Federación de Agrupaciones de Padres de Familia, Cruz Roja de la Juventud, Confederación Nacional de Estudiantes, Asociación Mexicana de Profesores de Escuelas Secundarias, SEP y DSP. El objetivo de la Comisión era “estudiar en sus diversos aspectos y en relación con el medio mexicano, las cuestiones referentes a la higiene y educación sexual; sugerir la participación que en ese sentido corresponda a los padres de familia, los maestros, las instituciones, la prensa, etc., e intervenir con sugerencias y proposiciones concretas, siempre que alguna institución o cuerpo colegiado se ocupe del asunto”.¹⁰⁹

A pesar de las buenas intenciones, la Comisión estaba lejos de conciliar las diferencias, pues desde el inicio de su primera sesión, los representantes de la Unión Nacional de Padres se retiraron. Entre sus motivos, argumentaron que la Comisión estaba conformada mayoritariamente por partidarios de la educación sexual, empezando por su presidente Pruneda, “reconocido públicamente como uno de los defensores más entusiastas y decididos”. También hubo cierta confusión acerca del carácter oficial de la Comisión. En un principio parecía que sí lo era, ya que la invitación dirigida a la Unión de Padres iba en papel membretado de la SEP; sin embargo, en una reunión de sus representantes con el secretario de Educación, Bassols afirmó “clara y categóricamente” que la Comisión no era oficial ni dependiente de la SEP. Finalmente, la Unión de Padres alegó que faltaban abogados que determinaran las facultades y los límites de la SEP.¹¹⁰ Las diferencias estaban lejos de ser resueltas.

- La “ignorancia del reino de los cielos” vs la “sabiduría de los abismos del averno”

A pesar de las críticas, la SEP no cesó en su interés por la educación sexual y en agosto de 1933 encargó a cuatro “de los elementos más destacados de la Secretaría”, formar un

¹⁰⁹ “Corresponde a los padres de familia la educación sexual de los pequeños”, p.1.

¹¹⁰ “No da garantías a los padres la Junta de Educación Sexual”, p. 1.

proyecto de programa de actividades para el “Estudio de la Naturaleza” en las escuelas primarias. Intervino el Consejo de Educación Primaria y redactaron el proyecto los profesores Arturo Pichardo, presidente del Consejo de Educación Primaria, César Ruiz, presidente de la Comisión Técnica Consultiva, Luis Hidalgo Monroy, jefe del Departamento de Enseñanza Primaria y Normal, y nuevamente el doctor Alfoso Pruneda. El proyecto partía de dos premisas: 1) que el proceso debía ser gradual, desde primero de primaria, y; 2) no debía “destacarse artificialmente”, ni separarse del resto de las materias, ni constituir una asignatura especial. Aunque este proyecto todavía estaba en discusión en enero 1934, varios diarios capitalinos dieron por hecho que se trataba de un programa aprobado. Esto, a decir de Bassols, era “una presentación mal intencionada, por trunca y capciosa”, y sin duda, contribuyó a reavivar las protestas.¹¹¹

Para finales de 1933 y comienzos de 1934 la situación de la SEP y de Bassols era delicada. Los detractores de su política educativa no eran sólo los católicos, sino que a ellos se había sumado la Asociación de Padres de Familia de la República Mexicana, que había sido creada por el gobierno para contrarrestar la influencia de la Unión de Padres, que era católica.¹¹² Por otra parte, no cesaban los conflictos entre el secretario de educación y los profesores del Comité Ejecutivo de la Confederación Nacional de Organizaciones Magisteriales. Bassols acusaba a los maestros por “falta de competencia y disciplina”, y por su intención de “trabajar menos con más sueldo”, y criticaba la “politiquería” de los líderes magisteriales. Los maestros, reprochaban a Bassols por “carecer de datos” y por desconocer “el proceso educacional de las escuelas a su cargo”.¹¹³ Por si esto fuera poco, todo se complicó más con las iniciativas de educación socialista.

La Convención Nacional del PNR aprobó en diciembre de 1933 el Plan Sexenal para el periodo de gobierno de Lázaro Cárdenas. En lo relativo a la educación, planteaba una orientación “científica” y “social”, con escuelas de “carácter no religioso y socialista.”¹¹⁴ Este documento también generó controversias, empezando porque no definía a qué se refería con “socialista”.¹¹⁵ Las reacciones fueron diversas, desde quienes veían en

¹¹¹ BASSOLS, *Obras*, pp. 287-288. “La labor de agitación entre los maestros de las escuelas”, p. 8.

¹¹² DEL CASTILLO, “La polémica en torno a la educación sexual”, pp. 215-216.

¹¹³ “El fracaso de la escuela primaria”, p. 5.

¹¹⁴ *Plan sexenal*, 1934. Sobre educación socialista, Guevara, *La educación socialista*. Lerner, *La educación socialista en México*. Quintanilla y Vaughan, *Escuela y sociedad en el periodo cardenista*.

¹¹⁵ LOYO, “Popular Reactions”, p. 252.

ella un medio para lograr una sociedad más justa, hasta quienes consideraron que iba en contra de sus creencias, sus costumbres y de la libertad de enseñanza.¹¹⁶

La educación socialista confirmaba los temores de grupos católicos que se habían opuesto a la educación sexual¹¹⁷ y la habían relacionado con el “comunismo”. Ambas propuestas generaron numerosas y agresivas expresiones de rechazo.¹¹⁸ La paciencia de los padres de familia se agotaba, pues a la educación socialista se sumaba el proyecto de programa para el “Estudio de la Naturaleza” en las primarias de la SEP y la publicación de un folleto sobre “La educación sexual del niño. Lo que cada niño debería saber”, de William Fielding.¹¹⁹

La Unión Nacional de Padres presentó a finales de enero de 1934 su plan de acción, que partía del supuesto de que “LA ESCUELA NO DEBE DAR LA EDUCACIÓN SEXUAL” y que los “ÚNICOS FACULTADOS E IDÓNEOS para suministrar a los jóvenes los conocimientos juzgados INDISPENSABLES en las actuales circunstancias son LOS PADRES DE FAMILIA”.¹²⁰ Aunque la SEP todavía no tenía un programa aprobado, la Unión aseguraba que ya había profesores y subalternos que se habían “adelantado” a las disposiciones de sus jefes e impartían “en forma COMPLETAMENTE INDECOROSA, esa clase de instrucciones”.¹²¹ El plan de acción contemplaba varios puntos, entre ellos destaca que las madres debían enviar “INDIVIDUALMENTE” una carta de protesta dirigida al presidente de la República, con copia para los principales diarios y para el comité nacional de la Unión. Habría boicot social y escolar a los profesores que se atreviesen a dar educación sexual, es decir, se les señalaría públicamente y sus alumnos no volverían a sus cursos, aunque fueran de otra materia. Además, habría “huelga de brazos caídos” con la petición a los padres de no enviar a la escuela a sus hijos.¹²²

Madres y algunos padres de distintos lugares del país atendieron al llamado de la Unión y enviaron en los siguientes meses sus cartas a la prensa y al presidente Abelardo

¹¹⁶ Un análisis más detallado en LOYO, “Popular Reactions”, pp. 247-260.

¹¹⁷ DEL CASTILLO, “La polémica en torno a la educación sexual”

¹¹⁸ BRITTON, *Educación y radicalismo*. DEL CASTILLO, “La polémica en torno a la educación sexual”.

¹¹⁹ BRITTON, *Educación y radicalismo*, p. 106.

¹²⁰ “La Unión Nacional de Padres de Familia y la cuestión de la educación sexual”, primera plana. Las mayúsculas aparecen así en el original.

¹²¹ “La Unión Nacional de Padres de Familia y la cuestión de la educación sexual”, primera plana. Las mayúsculas aparecen así en el original.

¹²² “La Unión Nacional de Padres de Familia y la cuestión de la educación sexual”, primera plana.

Rodríguez.¹²³ La correspondencia procedía de Jalisco, Oaxaca, Puebla, Hidalgo, Guanajuato, Veracruz, Michoacán, San Luis Potosí, Estado de México, Zacatecas y ciudad de México.¹²⁴ Las cartas dirigidas al presidente eran protestas y peticiones para impedir la educación sexual. En algunas de ellas, la inconformidad no sólo aludía a la educación sexual, sino también a la socialista, por ser una enseñanza “antirreligiosa”.¹²⁵ Otras, también se quejaban de que “algunos profesores” ya daban clases de educación sexual, aunque no proveían información más específica, y en ocasiones decían haberse enterado por la prensa.¹²⁶

Los argumentos esgrimidos eran variados, y como lo plantea Del Castillo, tienen que ver tanto con valores tradicionales de la familia, como con cuestionamientos sobre “los ‘excesos’ del modelo revolucionario”.¹²⁷ Como principales motivos de su oposición, los padres de familia destacaban que la educación sexual traería perjuicios de “orden moral” y la pérdida de la inocencia de los niños. Además, alegaban que atentaba contra derechos y libertades, pues sólo los padres debían enseñarla.¹²⁸

De acuerdo con estas cartas, la educación sexual era un “peligro moral” con terribles consecuencias para la sociedad. “Si se pusiera en práctica, México entero se contaminaría como las ciudades de Sodoma y Gomorra destruidas por el fuego del cielo a causa de su depravación.” Y, de acuerdo con esta lógica, no podía ser de otra forma, pues “se [trataba] de eliminar de nuestros hijos aquella inocencia angelical que el Creador ha depositado en esas almas infantiles”. La educación sexual amenazaba con “arrebatar” ese tesoro que era la inocencia infantil. Esto indefectiblemente llevaría a la infancia mexicana al vicio, al crimen, a la prostitución y al escándalo. Para algunas madres, esto era más delicado en el caso de las niñas, pues se atentaba contra su pudor, honor y candor, y ponía en riesgo el cumplimiento de su deber “impuesto por Dios” de ser “ángeles de los hogares honrados”.¹²⁹

Las madres y los padres de familia eran los únicos responsables de la educación sexual de sus hijos. El Estado no debía intervenir, y más aún si estas enseñanzas eran

¹²³ DEL CASTILLO, “La polémica en torno a la educación sexual”, p. 221.

¹²⁴ AGN, P, AR, c. 220, exp. 580/169-1. DEL CASTILLO, “La polémica en torno a la educación sexual”, p. 221.

¹²⁵ AGN, P, AR, c. 220, exp. 580/169-1.

¹²⁶ AGN, P, AR, c. 220, exp. 580/169-1.

¹²⁷ DEL CASTILLO, “La polémica en torno a la educación sexual”, p. 220.

¹²⁸ AGN, P, AR, c. 220, exp. 580/169-1.

¹²⁹ AGN, P, AR, c. 220, exp. 580/169-1.

contrarias a los valores inculcados en el hogar. “El Estado comete un crimen de lesa humanidad, cuando pretende meterse a educar contradiciendo con todo cinismo la conciencia y los derechos fundamentales de los padres de familia”. Por ello, advertían que de continuar tales iniciativas de la SEP, no mandarían a sus pequeños a clases. Preferían que sus hijos fueran analfabetas, ignorantes y rudos “antes que tener en ellos candidatos al presidio o a los burdeles”. “Nuestra conciencia nos dicta, que no mandemos nuestros hijos a la escuela; preferimos que entren ignorantes en el reino de los cielos, que sabios de maldades en los abismos del averno”.¹³⁰

Las cartas enviadas al presidente Rodríguez frecuentemente basaban su reclamo en derechos. La educación sexual –afirmaban– violaba la libertad de conciencia y de enseñanza, y su impartición constituía una violación al artículo tercero constitucional. Aunque este artículo había sido polémico y repudiado por numerosos padres católicos, no impidió que algunos recurrieran a él como justificación de sus reclamos por la libertad de enseñanza. Sin embargo, la Constitución y las leyes mexicanas no solían ser el centro de la argumentación en estas cartas. Al hablar de sus derechos, las madres atribuían a su maternidad y a Dios el origen de su legítima autoridad sobre sus hijos frente al Estado. El derecho natural, el “derecho de madres” y los “derechos que Dios nos dio al hacernos merecedoras de tan honroso título” eran suficientes para otorgarles el poder de decidir sobre la educación de sus hijos, sin que hubiera otra instancia con mayor autoridad, salvo el mismo Dios. “Mi derecho de madre sobre la educación de mis hijos, es primero y más grande que el derecho del Estado para intervenir en esa educación”.¹³¹

Pero aun en la “Nación Guadalupana”,¹³² las madres y los padres reconocían a las instituciones estatales y al gobierno. El envío de las cartas es una muestra de ello. Las cartas señalaban a las autoridades educativas como responsables, y las distinguían claramente del presidente. Definían a Abelardo Rodríguez como “caballero noble, fuerte”, “generoso”, “ecuánime”. Apelaban a su “sabiduría”, a “su valiosa influencia”, a “su justiciera mano”, a su amor de padre e incluso a “su digna esposa”, para que suspendiera cualquier intento de implantar la educación sexual en las escuelas, para que así “nos de la

¹³⁰ AGN, P, AR, c. 220, exp. 580/169-1.

¹³¹ AGN, P, AR, c. 220, exp. 580/169-1.

¹³² AGN, P, AR, c. 220, exp. 580/169-1.

livertad en enseñansa como existe en los países mas sibilasados (*sic*).” Para algunas madres, el presidente era “la salvación” de sus hijos y confiaban “ciegamente” que intervendría a su favor.¹³³

Las autoridades educativas eran la antítesis del presidente, de acuerdo con los remitentes de las cartas. En la SEP había “hombres sin corazón y sin conciencia”, “tan repletos de cinismo como de ferocidad y que creen.... que hoy como ayer van a convertirnos a todos en bestias de carga.” Sus “cerebros desequilibrados (que sólo así deben juzgarse)” sólo insistían con su “estulticia”. Y el peor de todos –según algunos padres de familia– era por supuesto el secretario:

Bassols, según se dice, es hermafrodita y por esa razón nada más está pensando en inmoralidades valiéndose del puesto que tiene, en caso de ser cierto, quizá será un hombre pervertido. México, con ese joven incipiente está perdiendo su honor, su prestigio, dignidad y confianza. Las costumbres actuales en las mujeres están muy dañadas. Bassols quiere impelerlas a la depravación, se ha impuesto la infausta tarea de querer corromper al pueblo mexicano.¹³⁴

El proyecto de educación sexual también recibió calificativos peyorativos, entre ellos: repudiada, grandemente maléfica, gravísimo mal, inmoral, monstruosidad, enseñanzas carentes del más elemental decoro, prostitución, torpe, bestial, dizque educación, locura, asquerosa, peligrosa, absurda, y lesiva.

Las protestas no pararon con las cartas. Las manifestaciones públicas de repudio continuaron. La Unión Nacional de Padres votó por la huelga el 17 de febrero de 1934, y aunque no logró apoyo unánime, se vieron afectadas hasta 40 escuelas en el Distrito Federal.¹³⁵ El 7 de abril hubo una manifestación contra la educación sexual que cobró grandes proporciones, no por el apoyo a la causa, sino porque intervinieron estudiantes de las facultades de Medicina y Derecho, y posteriormente la policía, con un saldo de varios heridos.¹³⁶ Las manifestantes traían carteles que decían “ni sodomitas ni prostitutas, abajo la educación sexual”, “un paso más al abismo”. De acuerdo con Alfredo Saavedra, la protesta estuvo a cargo de “tres docenas de mujeres azuzadas por ‘alguien’, que las armó de

¹³³ AGN, P, AR, c. 220, exp. 580/169-1.

¹³⁴ AGN, P, AR, c. 220, exp. 580/169-1.

¹³⁵ BRITTON, *Educación y radicalismo en México*, p. 107.

¹³⁶ “Es necesario investigar la verdad en los desórdenes del sábado”, p. 3.

carteles, se pusieron a gritar en la vía pública, ignorantes de lo que es la educación sexual. Los estudiantes les siguieron el humor y ese fue el gran escándalo.”¹³⁷

Hubo estudiantes que se tomaron muy en serio el debate. En febrero de 1934 tres estudiantes dieron conferencias en contra la educación sexual en el cine Montecarlo de la ciudad de México. Aunque el discurso fue “muy aplaudido por todo el público”, los jóvenes fueron aprehendidos y encarcelados por la policía una vez concluido el evento. Tanto sus padres como la Confederación Revolucionaria de Partidos Independientes exigieron su liberación por haber sido “injustamente detenidos”. Además, la Confederación acusaba a la policía de haber incomunicado a los jóvenes, prohibiendo a sus familiares llevarles comida y abrigo.¹³⁸

Uno de los principales partidarios de la educación sexual en México, Alfonso Pruneda, consideraba que los conflictos se debían a “una extraña aunque explicable aberración”. Sin embargo, era necesario aclarar los malentendidos, y eran principalmente los médicos quienes debían colaborar para “desaparecer esa pugna”, por medio de la enseñanza tanto a padres de familia, como a los docentes. El antagonismo debía dejarse de lado y ambas partes debían asumir que la labor educativa correspondía a los padres y al Estado. Por “educación sexual” Pruneda entendía “el conjunto de informaciones adecuadas respecto al instinto y a las actividades sexuales y, como resultado de aquellas, el conjunto de normas de conducta y de hábitos correctos relacionados con las mismas actividades, tanto desde el punto de vista individual como social.” No se trataba de dar conocimientos únicamente sobre higiene o sólo sobre de moral, sino que era una “verdadera disciplina educativa” que no se podía separar del proceso educativo en general.¹³⁹

Bassols entendía el conflicto como una lucha de “dos concepciones antagónicas de la moral: la que pretende apoyar la conducta humana en la ignorancia o el temor al más allá, y la que trata de construir un concepto social de la vida en el que los límites impuestos a la conducta nacen de la solidaridad de los hombres y del anhelo de mejoramiento de la vida común.”¹⁴⁰ Los opositores se basaban más en “prejuicios de índole religiosa y en una

¹³⁷ SAAVEDRA, *México en la educación sexual*, p. 107.

¹³⁸ AGN, P, AR, c. 220, exp. 580/169-1.

¹³⁹ PRUNEDA, “El médico y la educación sexual”, pp. 35-48.

¹⁴⁰ BASSOLS, *Obras*, pp. 288-289. DEL CASTILLO, “La polémica en torno a la educación sexual”, p. 215.

falsa moral”, y su conducta se explicaba por “la ignorancia, el temor y la superstición”.¹⁴¹ Narciso Bassols renunció a la SEP aduciendo una campaña en su contra dirigida por gente del clero y del magisterio. La salida de Bassols de la Secretaría calmó los ánimos, y la huelga que había convocado la Unión de Padres en febrero concluyó cuatro días después.¹⁴²

Así como las iniciativas de impulsar la educación sexual desde la SEP no comenzaron con Bassols, tampoco terminaron con su renuncia. En años posteriores, la SEP promovió conferencias sobre educación sexual, incluso con la anuencia de padres de familia. Este fue el caso de las Sociedades de Padres de las escuelas “Manuel López Cotilla” y “Alberto Correa”, que solicitaron un cambio de horario de las exitosas charlas semanales sobre educación sexual, a fin de lograr una asistencia aun mayor.¹⁴³

Para 1936 la SEP encomendó el “estudio de los problemas sexuales de los escolares” a su Servicio de Higiene Mental, que además se encargaría de dar “conferencias para orientar y sentar las bases de la educación sexual” y, posteriormente, ampliar esta labor “usando todos los medios de propaganda”. En 1937, la SEP elaboró y apoyó la impresión de un folleto con consejos a los padres de familia, que incluía temas de la formación del niño en lo relativo a “hábitos, obediencia voluntaria, educación sexual, la ira, el miedo, la envidia, etc.”¹⁴⁴ Estas iniciativas de la SEP no cobraron entonces el revuelo de los años anteriores y los proyectos de educación sexual continuaron poco a poco.

Es claro que el tema era de gran interés para autoridades educativas, padres de familia, profesores, médicos y periodistas. Los niños y los jóvenes también formaron parte de este proceso, aunque sus inquietudes y su participación es más difícil de encontrar en las fuentes consultadas.

Los detractores de la educación sexual esperaban que los propios niños rechazaran esos conocimientos en las escuelas y que no dieran oportunidad a los maestros de impartirlos. El *Excélsior* publicó una caricatura al respecto en la que se muestra a un niño obediente a las instrucciones de su padre, oponiéndose a los intentos de su profesor de enseñarle sobre esta materia.

¹⁴¹ BASSOLS, *Obras*, pp. 288-289. DEL CASTILLO, “La polémica en torno a la educación sexual”, p. 215.

¹⁴² BRITTON, *Educación y radicalismo en México*, p. 112.

¹⁴³ AHSEP, DPH, SH, c. 5142, 15 de marzo 1935, México, DF.

¹⁴⁴ *Memoria de la SEP, 1936-1937*, pp. 228, 245, 252.



“Sólo los padres...

- Como maestro tuyo y por tu salud moral, te voy a hablar ahora sobre educación sexual.
- Gracias profesor... sobre eso, ya mi padre me dijo que me hablaría a su debido tiempo.”

Excélsior, 16 de junio de 1933, p. 5.

Sin embargo, era generalmente reconocido que los niños y los jóvenes eran curiosos, y por lo mismo era factible que a pesar de las prohibiciones de sus padres buscaran información. Después de todo, no se podía “tapar el sol con un dedo”. “Los niños se han dado cuenta, se ha despertado la malicia... el cuchicheo en la escuela ha sido siempre morboso. Hoy adquiere proporciones de escándalo”.¹⁴⁵

Cuando iniciaron los cursos de eugenesia en el Instituto Normal de Puebla, “donde la mayoría de los estudiantes son púberes”, los padres instruyeron a sus hijos para que no asistieran a esa clase. “Sin embargo, parece que la curiosidad juvenil se sobrepone a la orden paterna y muchachas y muchachos concurren a clase, atraídos por la novedad y quizá también por cierta tendencia a la pornografía que auspicia el medio escolar y que hace más peligrosos estos ensayos, cuyas finalidades no han sido suficientemente previstas”.¹⁴⁶

La curiosidad de las jóvenes generaciones causaba temor tanto a los adversarios como a los partidarios de la educación sexual en las escuelas. Aquéllos consideraban que tales enseñanzas incentivarían innecesariamente los deseos de saber de los niños, en tanto que sus partidarios daban por hecho que los pequeños averiguarían, y por ello proponían acercar información por medio de los maestros, para procurar que se enteraran de estos

¹⁴⁵ SAAVEDRA, *México en la educación sexual*, p. 87.

¹⁴⁶ LABRA, “Los padres poblanos contra la educación sexual”, p. 5.

delicados asuntos gracias a contenidos científicos de fuentes confiables. Para quienes estaban a favor, la educación sexual trataba de encauzar la curiosidad,¹⁴⁷ para aquellos en contra, no hacía sino despertarla.¹⁴⁸

En los debates sobre la educación sexual quedaron de manifiesto miedos. La sexualidad de la juventud se veía como potencialmente peligrosa, y si no era encauzada, podía generar problemas personales, familiares y sociales. La posibilidad de que esto fuera así generó temores tanto en los partidarios como en los detractores de la educación sexual, aunque sus enfoques eran distintos. En términos generales, los primeros afirmaban que era necesario orientar a los niños en estos temas porque ya desde pequeños tenían “impulsos sexuales” y por otra parte, era inevitable que se enteraran de estos asuntos.

La vida del niño dentro de su casa, especialmente si hay la promiscuidad propia de algunos hogares, lo pone frente a espectáculos que pueden ser de gran trascendencia para ellos: las actividades sexuales de los animales domésticos, las de los propios padres cuando no guardan el debido recato, el nacimiento de un niño, etc.; todos son motivos poderosos de interés sexual para los muchachos, que aprovechados e interpretados como debe hacerse, pueden utilizarse perfectamente en la educación sexual de la infancia.¹⁴⁹

Bajo esta lógica, el silencio resultaba “malicioso”, fomentaba la ignorancia y en esa medida podía favorecer patologías.¹⁵⁰ Esto era lo que temían los partidarios de la educación sexual: una juventud enferma heredando taras por falta de una orientación adecuada.

Los adversarios de la educación sexual también expresaron sus miedos acerca de la sexualidad juvenil mal encaminada. Alegaban que tales conocimientos despertarían curiosidad y malicia en niños inocentes, y temían que esto los llevara al crimen y a la prostitución.¹⁵¹ La falta de claridad en conceptos como “educación sexual”, “instrucción sexual”, “higiene sexual”, “misterio de la generación” y “secretos sexuales” generó gran confusión, que no hizo sino alimentar los temores de los padres de familia. Los malentendidos, llegó a decir Bassols, eran atribuibles a la ignorancia de éstos o a la mala fe de la prensa.¹⁵² Sin embargo, la falta de consenso sobre el tema aún entre sus partidarios no

¹⁴⁷ SAAVEDRA, *México en la educación sexual*, p. 56.

¹⁴⁸ LABRA, “La preparación de los padres”, p. 7.

¹⁴⁹ PRUNEDA, “El médico y la educación sexual”, pp. 39-40.

¹⁵⁰ SAAVEDRA, *México en la educación sexual*, p. 7.

¹⁵¹ AGN, P, AR, c. 220, exp. 580/169-1.

¹⁵² BASSOLS, *Obras*, p. 287.

contribuía a su esclarecimiento. Incluso la opinión de algunos “expertos” alimentaba las dudas, por ejemplo un médico “expresó públicamente que la educación sexual tiene por objeto exclusivo evitar la masturbación y las enfermedades venéreas”.¹⁵³

La disputa por la educación sexual también dejó ver otros conflictos. En las discusiones, tanto argumentos a favor como en contra relacionaron estas discusiones con las tensiones entre la Iglesia católica y los gobiernos revolucionarios. Para los detractores, la educación sexual iba en contra de las costumbres, la moral y la familia, y además desafiaba la autoridad de los padres sobre sus hijos y su libertad de enseñanza. Aunque estos argumentos no siempre estuvieron ligados a la religión, sino también a una crítica política,¹⁵⁴ no era raro encontrar referencias a Dios, al cielo y al infierno para definir los derechos que alegaban ostentar y que veían amenazados con las iniciativas de la SEP.¹⁵⁵ La educación socialista, avivó estos temores.¹⁵⁶ Por su parte, algunos partidarios asociaron el rechazo a la educación sexual con el fanatismo religioso y la superstición.¹⁵⁷

El debate contó con posiciones irreconciliables que asumieron la discusión con pasión, en ocasiones rayando el fanatismo, tanto religioso como anticlerical. Los reproches que mutuamente se lanzaban los partidarios y los opositores de la educación sexual, lejos de contribuir a dar luces a la discusión, sólo polarizaban las posturas. A pesar de que hubo personas con opiniones más mesuradas y algunos intentos de acercamiento, prevaleció una especie de “diálogo de sordos”. Las pugnas entre la Iglesia y el Estado, así como la búsqueda de éste por controlar la educación dificultaron el debate acerca un tema que ya había sido tratado sin mayor sobresalto en años anteriores y que continuaría después de la renuncia de Bassols.

La polémica no había sido en vano. Según Adrián Correa, “la campaña de prensa sirvió para poner de relieve la completa desorientación que existe, la mala interpretación, la confusión de términos y no en raras ocasiones mala fe, así no es lo mismo educación sexual seguida con ética bien definida que ‘secretos de las relaciones sexuales’ intencionada frase ayuna de moral”. Esta interpretación de la oposición a la educación sexual reiteraba la

¹⁵³ PRUNEDA, “El médico y la educación sexual”, p. 42.

¹⁵⁴ DEL CASTILLO, “La polémica en torno a la educación sexual”, p. 220.

¹⁵⁵ AGN, P, AR, c. 220, exp. 580/169-1.

¹⁵⁶ DEL CASTILLO, “La polémica en torno a la educación sexual”, p. 216.

¹⁵⁷ BASSOLS, *Obras*, p. 287.

necesidad de insistir con el tema, pero de otra manera: “la instrucción que exige se irá infiltrando suavemente, delicadamente, día a día, sin que el niño y la virgen lo sospechen”.¹⁵⁸

Alfredo Saavedra afirmaba que la publicidad del tema “sirvió para batir el tabú; gran enemigo de prejuicios resabios ocultos; también resultó útil para descubrir a la manera de un reactivo psicológico, los altos y los bajos fondos del subconsciente, que se manifestó con furia, con pasión, con temor, con malicia o con serena meditación y limpieza.”¹⁵⁹

Otro aspecto importante de la polémica es que puso en el debate público, más allá de los grupos de estudiosos, el tema de la sexualidad de los niños.¹⁶⁰ Antes de que Freud expusiera su teoría de la sexualidad infantil¹⁶¹ “era creencia generalizada que las manifestaciones de carácter sexual no aparecían sino hasta lo que es conocido como la pubertad.”¹⁶² La sexualidad “despertaba” con los cambios físicos,¹⁶³ ya que en los niños, “sus órganos, mientras no sean desarrollados y se arreglen para su función, no son tales órganos”.¹⁶⁴

Estas nociones fueron modificándose y, al menos entre los sectores más educados de la sociedad mexicana, fue ganando aceptación el planteamiento de la importancia de la sexualidad en la vida de las personas y su presencia desde la infancia.¹⁶⁵ El doctor Pruneda conocía bien los planteamientos de Albert Moll y Sigmund Freud, y aceptaba que “desde la más tierna infancia existen manifestaciones sexuales, que es preciso conocer, para vigilarlas

¹⁵⁸ CORREA, “Educación sexual”, pp. 37 y 41.

¹⁵⁹ SAAVEDRA, *México en la educación sexual*, p.70.

¹⁶⁰ DEL CASTILLO, “La polémica en torno a la educación sexual”, pp. 217-220.

¹⁶¹ Los trabajos sobre la sexualidad infantil escritos por Sigmund Freud han sido los más conocidos, aunque no fue el único que escribió sobre la materia. Otros estudiosos contemporáneos de Freud hicieron aportes importantes que desafiaron los conceptos de “normalidad” y “anormalidad”. Este es el caso de Henry Havelock Ellis y Albert Moll, ambos médicos, el primero inglés y el segundo alemán. Destaca su idea de que el impulso sexual iba más allá de la reproducción y era “espontáneo”, es decir, era inherente al ser humano y no una consecuencia de patologías físicas o “corrupción moral”. Algunas de sus obras principales: Sigmund Freud, *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), Henry H. Ellis, *Studies in the Psychology of Sex* (1897/1927), Albert Moll, *The Sexual Life of the Child* (1910). EGAN y HAWKES, *Theorizing the Sexual Child*, pp. 76-95.

¹⁶² ARAGÓN, “La niñez ante el sexo”, p. 5.

¹⁶³ CÓRDOBA, “Apuntes sobre la vida sexual del niño”, p. 1085.

¹⁶⁴ ZENIL, “El papel de las escuelas primarias, secundarias y profesionales en la lucha antivenérea”, p. 207.

¹⁶⁵ El psicoanálisis como tal, era poco conocido y sus aplicaciones terapéuticas limitadas. Para la década de 1930, afirmaba uno de los médicos más interesados en su estudio que “en general el conocimiento de esta doctrina en México es mínimo. Fuera de algunas personas que se han ocupado de ella, desde puntos muy diversos a los de aplicación médica, entre nuestro gremio es casi desconocido, no obstante que la mayor parte lo critican, haciendo alarde de una suficiencia que no tienen”. QUEVEDO, “El movimiento Psicoanalítico en México”. La recepción de los planteamientos de Freud y el psicoanálisis en México ameritan un estudio más profundo que escapa a los propósitos de la presente investigación. Un acercamiento en CAPETILLO, “Cuerpos sin historia”, pp. 207-220.

y tomar en cuenta su posible influencia en la vida futura.”¹⁶⁶ En 1930, el boletín del DSP, *Salubridad*, dio a conocer un artículo acerca de la vida sexual del niño, que hablaba de la existencia de “fenómenos sexuales” anteriores a la pubertad.¹⁶⁷ En ese mismo año, *Pasteur*, la revista de la Asociación Médica Franco-Mexicana publicó que “nadie podría negar la influencia fundamental, constante, de primerísimo orden, y terna, que ejerce la función y el instinto sexual en la mayor parte de los actos de la vida”.¹⁶⁸

Las ideas acerca de la sexualidad infantil fueron más allá del gremio médico y de las publicaciones especializadas. Incluso en las páginas del periódico *Excelsior*, que sostuvo una férrea oposición a la educación sexual, hubo espacio para afirmar que “es cosa pues, fuera de toda discusión que en los niños existe un fuerte impulso físico y una honda consciencia sensorial muy peculiares”. En el periódico se hacía un llamado a “desechar la concepción popular de que el instinto sexual falta durante la niñez, pues en tanto persista semejante error no será posible tener un conocimiento total de las circunstancias fundamentales de la vida sexual”.¹⁶⁹ Pero estos señalamientos iban acompañados de la advertencia de evitar caer en los “extremismos” de Freud.¹⁷⁰ Aunque estos planteamientos no estaban generalizados en la sociedad de la época,¹⁷¹ cobraron notoriedad gracias a las discusiones sobre la educación sexual.

De acuerdo con Alfredo Saavedra, “mucho le debemos al escándalo porque facilitó nuestra labor, polarizando la atención y se pudo continuar la enseñanza por medio de conferencias, libros, folletos, volantes, por medio del cine y la radio y por último en congresos tratándose acerca de aquello de la educación sexual”.¹⁷²

La lucha antivenérea continuó durante los años de mayor polémica y aunque estaba relacionada con la educación sexual, no eran idénticas. Los conocimientos acerca del cuerpo humano, la higiene y el autocontrol debían contribuir a la prevención de enfermedades. Las enseñanzas aprendidas desde la niñez debían servir de fundamento para dirigir sanamente la conducta sexual.¹⁷³ “Los conceptos y emociones sexuales pueden

¹⁶⁶ PRUNEDA, “El médico y la educación sexual”, pp. 39 y 42.

¹⁶⁷ CÓRDOBA, “Apuntes sobre la vida sexual del niño”, p. 1085.

¹⁶⁸ BERMÚDEZ, “La función sexual y la clínica”, p. 28.

¹⁶⁹ ARAGÓN, “La niñez ante el sexo”, p. 5.

¹⁷⁰ ARAGÓN, “La niñez ante el sexo”, p. 5.

¹⁷¹ DEL CASTILLO, “La polémica en torno a la educación sexual”, p. 211.

¹⁷² SAAVEDRA, *México en la educación sexual*, p. 70.

¹⁷³ PRUNEDA, “El médico y la educación sexual”, p. 37.

civilizarse, esto se consigue mejor cuando se inicia la educación en los primeros años de la infancia, que cuando se hace en jóvenes que ya tienen establecidos sus hábitos mentales y emotivos sobre una mala base educativa aun bien dirigida”. Desde pequeños se debía dar seguimiento y “paso a paso seguir guiándoles hasta la pubertad que es cuando debe hacerse verdadera enseñanza de la profilaxis de las enfermedades venéreas”.¹⁷⁴

Es de notar que el DSP no se pronunció públicamente en el debate de la educación sexual durante los años de mayor intensidad de las discusiones. En años anteriores había expresado la “inmoralidad” del silencio, los prejuicios que provocaba y la necesidad de educar a la población.¹⁷⁵ Incluso, había promovido conferencias acerca del tema.¹⁷⁶ Sin embargo, el DSP no apoyó abiertamente a la SEP, aunque tampoco la criticó. El DSP prefirió mantenerse al margen de la polémica y optó por seguir con sus labores de propaganda antivenérea independientemente de las iniciativas de la SEP. El silencio del DSP sobre la educación sexual pudo deberse a que en esos años la administración sanitaria atravesaba por cambios importantes que le eran prioritarios: la aprobación de un nuevo Código Sanitario, la coordinación de los servicios sanitarios en la República, el establecimiento de unidades sanitarias cooperativas y la celebración de convenios con las autoridades locales. Además, entre 1932 y 1935 el DSP tuvo tres jefes distintos,¹⁷⁷ quienes seguramente prefirieron concentrarse en las complejas labores del DSP. Por otra parte, ante la avalancha de críticas, era comprometedor y arriesgado asumir una posición, que cualquiera que fuera, podía afectar la reputación y las actividades del DSP. Seguramente este fue un motivo de mucho peso para mantener la prudencia, y evitar así pagar “el precio de un desliz”.

El precio de un desliz

En enero de 1934, mientras la polémica por la educación sexual continuaba, el DSP promovía la proyección de la película *El precio de un desliz*, como parte de su propaganda antivenérea. Su título original era *Damaged Lives*, un filme producido en 1933 con la participación del Canadian Social Hygiene Council, la American Social Hygiene

¹⁷⁴ CORREA, “Cómo debe impartirse la educación sexual”, p. 243.

¹⁷⁵ GASTÉLUM, “La persecución de la sífilis”, p. 11.

¹⁷⁶ *Boletín del Departamento de Salubridad*, 1 (1928), p. 107.

¹⁷⁷ Gastón Melo (1932-1933), Manuel Madrazo (1933-1934) y Abraham Ayala González (1934-1935).

Association (ASHA), la Weldon Pictures Corporation y alguna participación de Columbia Pictures.¹⁷⁸ Se trataba de “la primera unión de fuerzas entre agencias de salud reconocidas y productores comerciales en los Estados Unidos en un intento de combinar la técnica de sonido del cine con información autorizada sobre salud para exhibiciones en cines comerciales con entradas pagadas.”¹⁷⁹ Al drama le seguía una conferencia que fue preparada por el Canadian Social Hygiene Council y que en Estados Unidos fue adaptada por la ASHA para adecuarla al público americano. La conferencia titulada “Science and Modern Medicine” exponía algunos “hechos sobre la reproducción”, los efectos de la sífilis y la efectividad del tratamiento.¹⁸⁰

Los creadores de *Damaged Lives* esperaban que esta película fuese una “digna sucesora” de *The End of the Road* y de *Damaged Goods*, la obra de Eugène Brieux (“Los averiados”) llevada al teatro y a la pantalla grande. Consideraban que tenía gran potencial educativo y que contaba con una historia humana y atractiva, desarrollada con una producción de “extraordinario buen gusto”, buen elenco, buena actuación y buena fotografía.¹⁸¹

En la década de 1930 prevalecía la convicción de que el cine tenía un gran valor educativo. El International Congress of Educational and Instructional Cinematography¹⁸² celebrado en Roma en abril de 1934 con la representación de 45 países, concluyó que la propaganda higiénica a través del cine era superior a cualquier otro medio y recomendó ampliamente su producción y difusión.¹⁸³

Damaged Lives contó con el respaldo de la National Board of Review of Motion Pictures de los Estados Unidos y con la aprobación de profesionales de la salud en diversas partes de dicho país, como Boston, Chicago, Filadelfia y Nueva York.¹⁸⁴ El estreno mundial tuvo lugar en el Majestic Theatre de Boston el 15 de septiembre de 1933, donde una gran

¹⁷⁸ De acuerdo con Annette Kuhn y Eric Schaefer, hubo alguna participación de Maxwell Cohn, el hermano de Harry Cohn, presidente y productor de Columbia Pictures. SCHAEFER, “*Bold! Daring! Shocking! True!*”, p. 180. KUHN, *Cinema, Censorship and Sexuality*, pp. 36-37.

¹⁷⁹ “A New Social Hygiene Motion Picture”, p. 407.

¹⁸⁰ PINNEY, “The Motion Picture and Social Hygiene Education”, p. 163.

¹⁸¹ “A New Social Hygiene Motion Picture”, p. 407.

¹⁸² El Congreso fue convocado por el International Institute of Educational Cinematography. Este Instituto tenía su sede en Roma y existió de 1928 a 1937, con una ideología predominantemente fascista. DRUIK, “The International Educational Cinematograph Institute”, pp. 80-97.

¹⁸³ “International Congress Favors Films on Health and Social Hygiene”, pp. 402-403.

¹⁸⁴ “A New Social Hygiene Motion Picture”, p. 408.

audiencia abarrotó la sala, a pesar de la copiosa lluvia. *Damaged Lives* continuó en la cartelera del Majestic por seis semanas, con una concurrencia diaria de 4,000 personas aproximadamente. Entre 1933 y 1934, la película había sido proyectada en 300 ciudades de los Estados Unidos y en países como España, Francia, Inglaterra, Irlanda, Escocia, Gales, Holanda, Argentina, Chile, Cuba¹⁸⁵ y México.

A pesar de que *Damaged Lives* tuvo una difusión considerable, no estuvo exenta de dificultades. Su proyección fue prohibida en Nueva York, Ohio y Pensilvania. Al ser una película comercial, su censura afectaba la recaudación por la venta de boletos al reducir sus posibles mercados. Se llegó a estimar que estas medidas disminuían los ingresos potenciales de los distribuidores hasta en un 37 por ciento. Estos obstáculos favorecieron la “publicidad sensacionalista” y las modificaciones “no autorizadas”, al tiempo que complicaron el control que sobre esta podía ejercer la ASHA.¹⁸⁶ Por ello, esta Asociación decidió retirar su patrocinio en octubre de 1934, aunque continuó afirmando su valor informativo y educativo.¹⁸⁷

La censura fue retirada y la película fue exhibida en 1937 en Nueva York, donde tuvo una buena aceptación y permaneció en cartelera por 10 semanas en el Central Theatre de Broadway.¹⁸⁸ La crítica no fue muy favorable, pues calificaba este filme como “poco entretenido”, aunque reconocía su valor educativo.¹⁸⁹

Damaged Lives cuenta el drama de una joven pareja que teniéndolo todo, puso en riesgo su futuro por un “desliz” de él. Donald Bradley Jr. era un empresario, hijo del dueño de Bradley Steamship Co., y estaba comprometido con su novia Joan. En una ocasión Donald asistió a una fiesta con uno de sus clientes, en la que conoció a Alice Cooper, una atractiva rubia, con quien terminó teniendo una aventura. Aunque Donald intentó decir a Joan lo sucedido con Alice, el *affair* fue olvidado y en un impulso Donald y Joan adelantaron su boda y se casaron. Al poco tiempo, Alice le confesó a Donald que, sin saberlo, le había transmitido “algo malo” que seguramente también su esposa tendría. Alice se suicidó de un disparo y Donald acudió a un “especialista” que vio en un anuncio, y que

¹⁸⁵ “The Motion Picture and Social Hygiene Education”, p. 163.

¹⁸⁶ “The Motion Picture and Social Hygiene Education”, p. 164.

¹⁸⁷ “The American Social Hygiene Association Withdraws from Sponsorship of *Damaged Lives*”, pp. 401-402.

¹⁸⁸ KUHN, *Cinema, Censorship and Sexuality*, pp. 38-39.

¹⁸⁹ KUHN, *Cinema, Censorship and Sexuality*, pp. 38-39. PARASCANDOLA, *Sex, Sin and Science*, p. 76.

rápidamente le aseguró que había sanado. Sin embargo, el embarazo de Joan se complicó y con el apoyo de un amigo de ambos, acudieron al reconocido especialista Dr. Vincent Leonard. Ante la incredulidad y renuencia al tratamiento de Donald, el Dr. Leonard le mostró las terribles consecuencias de la sífilis no tratada en varios pacientes y lo convenció de seguir sus indicaciones, dándole esperanzas. Joan, en cambio, devastada por la noticia, pretendía que ambos murieran y abrió las llaves de la estufa mientras Donald dormía. Él despertó a tiempo para impedir el envenenamiento por gas y logró animarla diciéndole que ellos y su bebé estarían bien si seguían el tratamiento.¹⁹⁰

La trama no era muy original, de hecho su argumento central era similar a “Los averiados” y otras varias historias: un joven se contagia de sífilis por una aventura y después transmite la enfermedad a su esposa e hijos.¹⁹¹ *Damaged Lives* ponía de manifiesto ideas que ya habían sido expuestas en películas anteriores y que se esperaba que tuvieran un valor didáctico al mostrar tanto la decadencia de los personajes con la enfermedad, como su posible redención por su tratamiento. *Damaged Lives* enseñaba que bastaba un sólo encuentro sexual con una persona enferma para adquirir el mal, que éste pasaba a la descendencia y que, si no era tratado por un profesional competente, llevaba a funestas consecuencias. En este filme está presente además, el personaje de la esposa inocente contagiada por su marido, que se casa con él sin asegurarse de su estado de salud antes de la boda. También aparece la relación del suicidio con la enfermedad, que ya había planteado años antes *The End of the Road*: mujeres contagiadas que no podían soportar la idea de vivir con la enfermedad y decidían acabar con su vida. Sin embargo, al igual que en aquella película, *Damaged Lives* presentaba al tratamiento juicioso como la alternativa y la posibilidad de recuperar la salud y las esperanzas.

Otro elemento didáctico y de impacto que ya había utilizado el cine, era la exhibición de pacientes con signos evidentes de la sífilis. En la trama, el médico mostraba las devastadoras consecuencias de una infección no tratada a un enfermo renuente al tratamiento. Al mismo tiempo, se enseñaba al público la gravedad de la sífilis, como una advertencia, primero para prevenirla y si era el caso, para curarla.

¹⁹⁰ *Damaged Lives*, <https://www.youtube.com/watch?v=Xx94RjxU0gs>

¹⁹¹ BRIEUX, *Los averiados*.

Damaged Lives mostraba a cinco pacientes afectados gravemente por la sífilis. Uno de ellos había contraído el mal por compartir una pipa, otro, por un beso. Ambos contagios “inocentes”, pero con un proceso infeccioso descuidado que los habían llevado a la ataxia y a fuertes lesiones de la piel, respectivamente. Un hombre, contagiado por una prostituta, exhibía roseola sifilítica (manchas) en su tórax, y una mujer estaba inválida por el reumatismo provocado por la sífilis. Finalmente, se mostraba a una mujer que había tenido siete hijos, todos afectados por la enfermedad, ya fueran ciegos, sordos, tontos, idiotas, o muertos. Solo esta escena presentaba un repertorio más o menos completo de las advertencias sobre las enfermedades venéreas: el “contagio inocente”, la transmisión a la descendencia, el peligro que representaban las prostitutas, la importancia del tratamiento y la seriedad de los daños producidos, desde las lesiones cutáneas hasta la afectación de todo el organismo y la muerte.



El Dr. Leonard le muestra a Donald Bradley Jr. las consecuencias de la sífilis no tratada. Fotograma de *Damaged Lives*.



Paciente con lesiones causadas por la sífilis no tratada. Fotograma de *Damaged Lives*.

Estas impactantes imágenes iban acompañadas de otro mensaje que se esperaba fuera tanto o más poderoso: la enfermedad se podía curar y todos esos males se podían evitar si el paciente se sometía al tratamiento con un médico especialista titulado. Esto era precisamente lo que el Dr. Vincent Leonard le mostraba a Donald en la clínica, y que fue lo que le dio esperanzas y le permitió que evitara el intento suicida-homicida de Joan.¹⁹²

¹⁹² “The Motion Pictures and Social Hygiene Education”, p. 163.

El DSP valoró positivamente y apoyó la proyección de *Damaged Lives* o *El precio de un desliz*, como se conoció en México. Al tratarse de un filme comercial, los empresarios estuvieron a cargo de su circulación y el DSP no la difundió directamente, como en los casos de *Listos para vencer*, *Al final del camino* y *Falso Pudor*. Sin embargo, la colaboración del DSP fue fundamental para que *El precio de un desliz* fuera exhibida en México. A instancias del DSP fue revocada la orden de suspensión impuesta por la Oficina de Licencias del Departamento Central, aunque no logró evitar la censura y las restricciones.¹⁹³ El Departamento de Diversiones del Distrito Federal censuró parcialmente la película e impuso algunas condiciones para su exhibición. Sólo las personas mayores de 18 años podían asistir a ver *El precio de un desliz* y quedaba prohibido que a una misma función concurrieran mujeres y hombres. Las presentaciones de las tardes serían exclusivamente para ellas, y las de las noches, sólo para ellos.¹⁹⁴ A la película la seguiría, “también en la pantalla... una conferencia sobre los puntos que trata la cinta y esa conferencia está a cargo de una eminencia médica”.¹⁹⁵ Las fuentes consultadas no especifican si la conferencia era la que originalmente se había preparado en Canadá, o si se trataba de la versión de la ASHA.

Antes de su estreno, *El precio de un desliz* ya se prestaba a “tantos comentarios”.¹⁹⁶ Las restricciones habían generado algunas suspicacias. Podía pensarse que era “sucias y obscenas, que [atentaba] al pudor y a la moral” y que por eso había tenido que enfrentar la censura. Pero al tratarse de un filme con fines no sólo de entretenimiento, sino también didácticos, “se creería que el Departamento de Diversiones quiere fomentar la prostitución, las enfermedades y el vicio al obstaculizar la labor de profilaxis social que con esa película se hace y al no cooperar ampliamente con el DSP, que quiere que esa película sea conocida en todo el país.”¹⁹⁷ La censura, sin embargo, al parecer respondía a que se consideró que era “demasiado cruda” por su dramática historia que “visualiza con gráfico realismo una enfermedad social, dentro de sus problemas físicos y morales.” Pero incluso su censor llegó a expresar “que había que recomendarla altamente como propaganda profiláctica.” Las

¹⁹³ “La exhibición de *El precio de un desliz*”, p. 3.

¹⁹⁴ “La exhibición de *El precio de un desliz*”, p. 3.

¹⁹⁵ “El jueves se exhibe *El precio de un desliz*”, p. 10.

¹⁹⁶ “La exhibición de *El precio de un desliz*”, p. 3.

¹⁹⁷ “Nada tiene que ver la educación sexual”, p. 8

restricciones no eran entonces porque el filme fuese “inmoral”, y la prensa especuló que se debían “a que como en la cinta se trata del contagio de las enfermedades venéreas, las damas podrían sentirse mortificadas sabiendo que había hombres en el salón.”

El precio de un desliz llamó la atención no sólo por las condiciones impuestas a su exhibición, sino porque fue relacionada con la polémica educación sexual. La película “de la que tanto se habla y que ha suscitado comentarios, por tratarse de una película de educación sexual”,¹⁹⁸ llegaba a México en un momento en que crecía la oposición a las iniciativas de la SEP. Esta asociación resultaba problemática porque tocaba sensibilidades y susceptibilidades que podían poner trabas a su difusión. No faltaron los intentos por deslindar el filme de la educación sexual, que “nada tiene que ver”, pues “se ha traído a mal cuento”.¹⁹⁹

El tema de la edad no había sido central en la proyección de otras películas de propaganda antivenérea. Aunque los niños solían ser asiduos asistentes al cine,²⁰⁰ su presencia en las salas durante la Campaña Nacional no pareció ser una preocupación mayor del DSP. Las referencias a la edad del público eran escasas, y cuando el DSP promovió *Falso Pudor* en Toluca, la restricción era para los menores de 12 años.²⁰¹ La educación sexual había puesto a debate qué información era adecuada y a qué edad era conveniente brindarla. En este contexto, el tema de la edad cobró gran relevancia y sólo los mayores de 18 años fueron autorizados.

Que el “escándalo” de la educación sexual alcanzara a *El precio de un desliz* no sólo favoreció las restricciones, sino que atrajo miradas curiosas. Los empresarios, conscientes de ello, no dudaron en aprovechar la coyuntura para hacer publicidad y promover la película. “Nosotros no estamos autorizados para impartir educación sexual... pero sí le podemos decir cuál es *El precio de un desliz*. Compruébelo usted!” Así anunciaba la película el cine Olimpia un día antes de su estreno.²⁰² Además, invitaron al secretario Narciso Bassols y a “los funcionarios que están a sus órdenes, y a quienes interesa el tema

¹⁹⁸ “El jueves se exhibe *El precio de un desliz*”, p. 10.

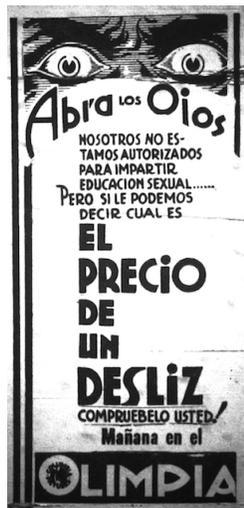
¹⁹⁹ “Nada tiene que ver la educación sexual”, p. 8.

²⁰⁰ SOSENSKI, “Diversiones malsanas”, pp. 37-64.

²⁰¹ AHM, S, S y B, vol. 103, exp. 12. Entre las fuentes consultadas, esta es la única referencia a la edad de las personas asistentes a las funciones de propaganda antivenérea.

²⁰² *El Universal*, 24 de enero de 1934, p. 6.

de la educación sexual”, para que vieran *El precio de un desliz* en una “exhibición privada”, el día que así lo dispusiera el secretario.²⁰³



Anuncio de la película *El precio de un desliz*, *El Universal*, 24 de enero de 1934, p. 6.

El Olimpia era el “único cine que, comprendiendo sus empresarios la trascendencia que encierra, se ha prestado a exhibirla”²⁰⁴ y a “cooperar con el DSP”.²⁰⁵ Pero las funciones tenían además un valor comercial que desde luego los empresarios tuvieron presente. Hicieron publicidad de la cinta constantemente y así como se valieron de la polémica de la educación sexual, buscaron mensajes provocadores que llamaran la atención aludiendo a la prostitución o apelando a la ciencia, aun cuando la trama no tenía que ver con el “comercio carnal”. Iniciando con el imperativo “Abra los ojos”, uno de los anuncios advertía: “si usted supiera cuál es El precio de un desliz jamás compraría un beso. Compruébelo con sus propios ojos.”²⁰⁶ Otro afirmaba que “la película constituye un reto a la ignorancia en defensa de la felicidad” y aseguraba que presentaba “la verdad desnuda que denuncia leal y científicamente un monstruo que devora más víctimas que las guerras...”²⁰⁷

La entrada para el día de su estreno tuvo un costo de un peso. La primera función fue sólo para mujeres, y la sala del Olimpia “con ser tan grande”, es decir, para unos tres mil espectadores,²⁰⁸ tuvo un lleno total de una “selectísima y nutrida concurrencia de señoras”. Al terminar la proyección, “la opinión general fue favorable para la película y

²⁰³ “La exhibición de *El precio de un desliz*”, p. 3.

²⁰⁴ “*El precio de un desliz* se exhibe en el Olimpia”, p. 2.

²⁰⁵ “*Precio de un desliz* mereció aprobación”, p. 7.

²⁰⁶ *El Universal*, 20 de enero de 1934, p. 10.

²⁰⁷ *El Universal*, 25 de enero de 1934, p. 6.

²⁰⁸ DE LOS REYES *et al.*, *80 años del cine en México*, p. 69.

para las enseñanzas que imparte.” Las asistentes elogiaron la discreción y el tacto del director para presentar un “tema tan escabroso, y hacer que el auditorio quedara pendiente del desarrollo de la trama con creciente interés.” Una “conocida dama” –que no quiso que se publicara su nombre–, opinó al final de la película que era “una obligación para toda mujer y para todo hombre, ver esa película, y llevar a las hijas y a los hijos, para que se den cuenta de los peligros que la sociedad, por falso concepto de moral y de pudor, se ha negado a ver con franqueza.” La función de los caballeros tuvo lugar por la noche y su concurrencia fue “aún más numerosa”.²⁰⁹

El estreno de *El precio de un desliz* auguraba exitosas presentaciones, aun con las restricciones. Los propietarios del cine insistieron en obtener el permiso para presentar la película simultáneamente a hombres y mujeres, y “sin mutilar”.²¹⁰ Sin embargo, no lo consiguieron y las funciones continuaron de la misma manera, aunque no por mucho tiempo.²¹¹ El 31 de enero de 1934, a menos de una semana de su primera presentación, el Olimpia anunciaba la “última oportunidad para conocer *El precio de un desliz*”, con boletos de 65 centavos. Hasta entonces, ningún otro cine había contratado el filme.²¹²

Se esperaba que la “atrevida” cinta llegara a los estados de la República después de que concluyeran las funciones en el Olimpia. Sin embargo, su exhibición continuó en la ciudad de México. El cine Alarcón llevó a cabo las proyecciones “compenetrado de la enorme utilidad social” de la película.²¹³ Quizá alentados por el halagüeño éxito en el Olimpia, los cines Alcázar, Lux, Majestic e Isabel continuaron sucesivamente con su presentación hasta marzo de 1934, con precios que iban desde 70 a 35 centavos, según el salón y la localidad. La censura parcial y las condiciones impuestas por las autoridades del Distrito Federal no fueron modificadas. Los anuncios tampoco cambiaron mucho y eran en esencia los mismos mensajes sobre “abrir los ojos”, el “reto a la ignorancia” y la referencia a la educación sexual.²¹⁴

Las fuentes consultadas no dan cuenta de si *El precio de un desliz* llegó a los estados. Tampoco refieren a las cuáles partes de la película fueron “mutiladas”. La prensa

²⁰⁹ “*Precio de un desliz* mereció aprobación”, p. 7.

²¹⁰ “*Precio de un desliz* mereció aprobación”, p. 7. “Solamente hoy y mañana se exhibirá”, p. 5.

²¹¹ “Solamente hoy y mañana se exhibirá”, p. 5.

²¹² “Solamente hoy y mañana se exhibirá”, p. 5.

²¹³ *El Universal*, 6 de febrero de 1934, p. 6.

²¹⁴ *El Universal*, 25 de febrero de 1934, p. 8; 5 de marzo de 1934, p. 6; y 12 de marzo de 1934, p. 6.

señaló que el “problema” no era la “inmoralidad” de la trama, sino su “crudeza”. Su atrevimiento residía en “revelar la verdad desnuda acerca de las enfermedades secretas y su manera combatirlas una vez que adquirido el contagio”.²¹⁵ Las escenas que mostraban los signos de la sífilis ¿fueron las que tocaron la sensibilidad de los censores? Este tipo de imágenes formaban parte de otros filmes de propaganda antivenérea que el DSP ya había promovido. Sin embargo, por las fuentes consultadas no es posible saber si las escenas que mostraban a los enfermos fueron proyectadas ante el público mexicano. En todo caso, el DSP abogó, aunque sin lograrlo, por que *El precio de un desliz* fuera proyectada íntegramente.

Aun cuando no era la primera vez que se presentaba en México una película de propaganda antivenérea, su difusión fue novedosa. A diferencia de las anteriores, *El precio de un desliz* ya no era silente ni gratuita y tampoco era propiedad ni dependía del DSP. La idoneidad de su contenido no fue determinada por el DSP, sino por las autoridades del Distrito Federal.

En la década de 1930, la propaganda antivenérea contó con la participación directa de particulares y de varias instancias de gobierno. Aunque el DSP siguió teniendo gran interés y protagonismo, la intervención de otros actores en la difusión restringió el control que dicho Departamento tuvo durante la Campaña Nacional. Entre 1937 y 1939 el contenido de la propaganda antivenérea quedó a cargo del DSP, pero su impresión y distribución dependió del Departamento Autónomo de Publicidad y Propaganda.

El DAPP y la propaganda antivenérea

En agosto de 1936 el presidente Lázaro Cárdenas decretó la creación de la Dirección de Publicidad y Propaganda, dependiente de la Secretaría de Gobernación. La Dirección debía formar parte del “desarrollo de un programa definido de gobierno” y tenía como propósito “coordinar bajo una misma dirección única” los órganos de publicidad y propaganda a fin de

²¹⁵ “Solamente hoy y mañana se exhibirá”, p. 5.

realizar una obra continua de difusión de hechos y doctrinas que provoque la colaboración de todos los sectores sociales en el interior de país, y que dé a conocer en el exterior la verdadera situación de México y haga entender la justicia de los postulados revolucionarios, al mismo tiempo que contrarreste eficazmente las campañas de falsedades y ataques injustificables que a nuestra patria y a su Gobierno se dirigen a veces por individuos o grupos interesados en acarrearle desprestigio.²¹⁶

La Dirección debía encargarse de la propaganda y la publicidad oficiales por medios impresos, la edición de películas y la radiodifusión.²¹⁷ Entre sus atribuciones estaba brindar información oficial a la prensa nacional y extranjera, a las agencias cablegráficas e informativas, a las autoridades civiles y militares y a los representantes de México en el extranjero.²¹⁸

La creación de un organismo estatal especializado en la propaganda oficial no fue nueva ni exclusiva del gobierno mexicano. Funcionarios de éste conocieron los proyectos y el funcionamiento de oficinas de propaganda en otros países que le sirvieron de modelo, como aquellas en Italia, Portugal, la Unión Soviética, Inglaterra, Francia, Bélgica, Dinamarca y Alemania.²¹⁹ De hecho, el expediente sobre la creación del Departamento Autónomo de Publicidad y Propaganda (DAPP) incluye un documento sobre el ministerio encargado de la propaganda del Tercer Reich, que muestra algunas similitudes entre éste y el DAPP, en lo relativo a su organización y funciones.²²⁰

Al cabo de unos meses, “la práctica [había] demostrado” que la Dirección requería “plena autonomía para poder desarrollar su función con la mayor eficacia posible”.²²¹ Por ello, el 31 de diciembre de 1936 el *Diario Oficial* publicó un nuevo decreto que le daba autonomía. La Dirección pasó a ser un Departamento y entre sus funciones quedaba la “dirección y administración de las publicaciones periódicas dedicadas a realizar la

²¹⁶ “Acuerdo que crea la Dirección de Publicidad y Propaganda”, pp. 1 y 2.

²¹⁷ PILATOWSKY, “Para dirigir la acción y unificar el pensamiento”. RUIZ, “El Departamento Autónomo de Prensa y Publicidad”.

²¹⁸ “Acuerdo que crea la Dirección de Publicidad y Propaganda”, pp. 1 y 2.

²¹⁹ PILATOWSKY, “Para dirigir la acción y unificar el pensamiento”, p. 98.

²²⁰ PILATOWSKY, “Para dirigir la acción y unificar el pensamiento”, pp. 98-99. RUIZ, “El Departamento Autónomo de Prensa y Publicidad”, pp. 150-151. AGN, P, LCR, 545.2/33.

²²¹ AGN, P, LCR, 545.2/33, Lázaro Cárdenas, “Declaración de motivos y decreto por el cual se crea el Departamento Autónomo de Publicidad y Propaganda”, 25 de diciembre de 1936.

publicidad y propaganda, especial o general, de las dependencias del Ejecutivo.”²²² A partir de entonces, la publicación de la propaganda sanitaria quedaba a cargo del Departamento Autónomo de Publicidad y Propaganda (DAPP), pues el DSP era una dependencia del Ejecutivo. Los contenidos, sin embargo, al ser especializados, seguirían bajo la responsabilidad de las autoridades sanitarias y el DAPP se encargaría de la impresión, formato, tipo de papel, costos, etcétera.²²³

Además de tener un mayor control sobre la propaganda, el DAPP buscaba reducir costos. Para 1936 las dependencias del Ejecutivo gastaban un millón de pesos en publicaciones oficiales, siendo la SEP y el DSP las de mayores erogaciones: 572,000 y 224,740 respectivamente. La imprenta del DSP se consideraba “muy costosa para su reducida producción”,²²⁴ a pesar de que el DSP celebraba haber distribuido “diez millones de libros, folletos e impresos de toda índole, como propaganda de educación higiénica” en 1935 y esperaba duplicar su producción en 1936.²²⁵

La organización del DAPP no estuvo exenta de polémica y fue motivo de diversas críticas.²²⁶ La primera preocupación del DSP acerca de la creación del DAPP fue que 33 de sus empleados, quienes trabajaban en la imprenta de Salubridad, quedaban “en peligro de quedar sin empleo” porque sus plazas desaparecerían y el DSP no podía incorporarlos en otro servicio de la misma dependencia.²²⁷ El DSP solicitó que el DAPP aceptara al “personal [que] no quepa [en el Departamento de] Salubridad respetando [los] derechos [de los] trabajadores”. Al parecer la situación pudo resolverse “satisfactoriamente”.²²⁸

El DAPP restringió el control del DSP sobre la propaganda sanitaria. El criterio de selección de lo que se publicaba, el tiempo que tardaba en salir a luz y la distribución ya no dependían del DSP, sino que eran responsabilidad del DAPP.²²⁹ Sin embargo hubo colaboración entre ambas dependencias. Entre 1938 y 1939 fueron repartidos 554 folletos

²²² “Decreto que reforma la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creando el Departamento de Publicidad y Propaganda”. Posteriormente, será conocido como Departamento Autónomo de Prensa y Publicidad.

²²³ AGN, P, LCR 545.2/33.

²²⁴ AGN, P, LCR 545.2/33.

²²⁵ SIUROB, “La sanidad en México”, 1936, p. 1144.

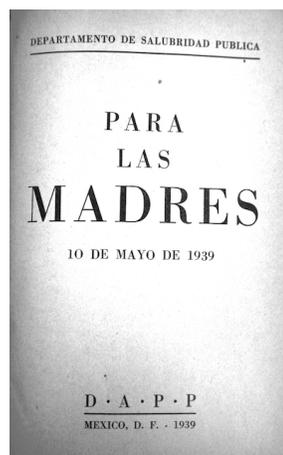
²²⁶ MEJÍA, “El Departamento Autónomo de Prensa y Publicidad”.

²²⁷ AGN, P, LCR, 545.2/33.

²²⁸ AGN, P, LCR, 545.2/33.

²²⁹ PILATOWSKY, “Para dirigir la acción y unificar el pensamiento”, pp. 110-115 y 117.

distintos, entre ellos varios que trataban sobre la sífilis y la gonorrea.²³⁰ Estos impresos fueron uno de los medios predilectos del DAPP en las campañas higiénicas.²³¹ Uno de estos folletos estaba destinado *Para las madres*, y aunque no era su objetivo principal instruir sobre las enfermedades venéreas, sí se refiere a ellas cuando trata acerca del certificado prenupcial. Otros temas abordados en este folleto fueron la higiene del embarazo, del parto, del recién nacido, del lactante, del niño en la primera infancia, la higiene escolar y la prevención de las enfermedades más comunes en la infancia.²³²



Portada del folleto del DSP, *Para las madres*, México, DAPP, 1939

El doctor José Siurob, como jefe del DSP (1935-1938 y 1939-1940), expresó que uno de los “puntos básicos de la gran obra sanitaria” era evitar la mortalidad y morbilidad infantil, que habría de lograrse con la educación higiénica “principalmente de la mujer, que equivale a una colaboradora y propagandista inapreciable.”²³³ El folleto *Para las madres* tenía por objetivo “educar convenientemente a las madres y a las que habrán de serlo” a fin de que “las imprudencias fatales que constantemente se cometen a causa de la ignorancia colectiva, lleguen a reducirse al mínimo”, favoreciendo la natalidad y evitando la mortalidad infantil. Este impreso estaba dedicado a la madre mexicana, “mujer estoica en el dolor y formadora del carácter infantil”, y al niño mexicano, “simiente de nuestra nacionalidad”.²³⁴

²³⁰ SIUROB, “La sanidad en México”, 1941, p. 554.

²³¹ PILATOWSKY, “Para dirigir la acción y unificar el pensamiento”, p. 157.

²³² DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA, *Para las madres*.

²³³ SIUROB, “La sanidad en México”, 1936, p. 1137.

²³⁴ DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA, *Para las madres*, p. 7.

La prevención de enfermedades y la preparación de las madres debía comenzar antes del embarazo, incluso antes del matrimonio. El folleto iniciaba refiriéndose ampliamente al certificado prenupcial. En primer lugar, lamentaba que la mayoría de las veces, al “contraer un compromiso para toda la vida”, la gente no exigía un buen estado de salud de la pareja. Esto exponía al “vergonzoso y criminal contagio conyugal”, y peor aún, ponía en peligro a “seres inocentes” por la transmisión hereditaria. En el 99% de los casos –afirmaba el folleto– eran los varones quienes llevaban la infección al hogar, mientras que ellas sólo infectaban a su marido excepcionalmente, cuando por “verdadera imprevisión del hombre contrae nupcias con una mujer que puede transmitirle una enfermedad”.²³⁵

Para la esposa contagiada, sufrir una patología que era “generalmente asquerosa y dolorosa” representaba una “tragedia moral”. La enfermedad mataba las ilusiones, la desorientaba y la humillaba. Dejaba las cunas vacías y convertía “un nido de alegría y de salud, en un rincón de tristeza”.²³⁶ Pero las enfermedades venéreas no eran las únicas que amenazaban la felicidad del hogar. Había muchos otros padecimientos que “muy a menudo, por descuido, se llevan al hogar y siembran la ruina de los padres y de los hijos”, entre ellos la tuberculosis, la diabetes, el asma, la gota, la hemofilia, la “ceguera de los colores”, la epilepsia, la sordomudez, la demencia precoz, la miopía, las malformaciones, las pecas, “algunas formas de cataratas”, la parálisis, así como las “intoxicaciones voluntarias” como el alcoholismo, la cocainomanía y la morfinomanía, entre otras.²³⁷

Para las madres planteaba que había dos formas de prevenir tales desgracias: la educación sexual y el certificado prenupcial. La primera era la más importante, pues permitía “informar íntimamente a la mujer, que es la víctima más frecuente de las enfermedades conyugales sobre los peligros que para ella y para sus hijos, significaría la unión con individuos de cuya salud no se encuentre segura”.²³⁸ El Estado por su parte, debía intervenir por medio del certificado médico para garantizar la salud de los contrayentes en la celebración del contrato de matrimonio. Sin embargo, este documento no daba la “seguridad absoluta” para garantizar la salud del hogar porque “las complacencias

²³⁵ DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA, *Para las madres*, p. 15.

²³⁶ DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA, *Para las madres*, p. 15.

²³⁷ DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA, *Para las madres*, pp. 15-16.

²³⁸ DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA, *Para las madres*, p. 16.

indebidas, los compromisos amistosos, el servilismo y el afán de lucro harán siempre que se emitan certificados falsos, sin que muchas veces sea posible demostrar su falsedad.” Por ello era indispensable “la educación completa del instinto”.²³⁹

Para las madres, de 64 páginas, contenía fotografías que acompañaban al texto. Dos retratos mostraban el contraste entre una mujer interesada en conocer el estado de salud de su futuro y otra que, por omitir esa información había contraído enfermedades. La primera, una joven sonriente de largas trenzas mirando de frente; la segunda, con el cabello por encima del hombro, triste, mirando hacia un lado. A pesar de que en el mismo folleto se advierte que el certificado no daba “seguridad absoluta”, al pie del primer retrato decía: “con el certificado Pre-Nupcial que le asegure la salud de su esposo, esta muchacha constituirá un hogar feliz alegrado con la presencia de hijos fuertes y sanos”. El matiz de esta afirmación estaba reservado a quienes leyeran el texto con más detalle. Debajo de la otra foto, en cambio, se podía leer: “llegó sana al matrimonio; pero su esposo le contagió la sífilis y la blenorragia (flujo).- Sus hijos murieron al nacer.”²⁴⁰



“Con el certificado Pre-Nupcial que le asegure la salud de su esposo, esta muchacha constituirá un hogar feliz alegrado con la presencia de hijos fuertes y sanos”. *Para las madres*, 1939.

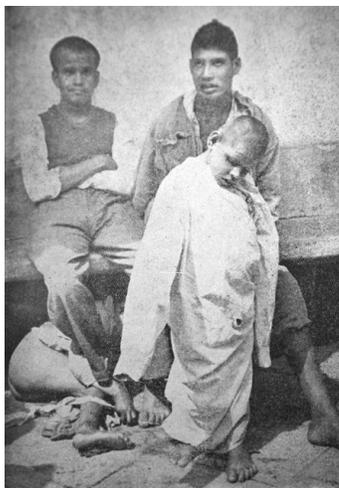


“Llegó sana al matrimonio; pero su esposo le contagió la sífilis y la blenorragia (flujo).- Sus hijos murieron al nacer.” *Para las madres*, 1939.

²³⁹ DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA, *Para las madres*, p. 21.

²⁴⁰ DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA, *Para las madres*, p. 21.

El folleto también presentaba la fotografía de cuatro niños con malformaciones en sus cabezas o pies y la ropa rota, a fin de poner énfasis en que no sólo las esposas sufrían las consecuencias de las enfermedades. Uno de ellos, en el piso, a medio vestir y con la cabeza oculta detrás de las piernas de otro de los jovencitos. El pie de foto decía: “la triste herencia que los padres enfermos transmiten a sus inocentes hijos. Estos pobres niños constituyen una pesada carga para la sociedad”.²⁴¹



“La triste herencia que los padres enfermos transmiten a sus inocentes hijos. Estos pobres niños constituyen una pesada carga para la sociedad”. *Para las madres*, 1939.

Durante la Campaña Nacional de 1927, el DSP ya había repartido impresos que hablaban del certificado prenupcial. Aunque algunas ideas permanecieron, hubo diferencias notables entre los folletos *Un padre sifilítico es la ruina de la familia* y *Para las madres*. La más evidente es la apariencia, pues el primero estaba ilustrado con dibujos y el segundo, con fotografías. Además, *Un padre sifilítico...* era mucho más breve, trataba menos temas y estaba dirigido tanto a varones como a mujeres.

En referencia al certificado prenupcial, ambos folletos coincidían en promover el conocimiento del estado de salud de la pareja antes de casarse, pero mientras el folleto de 1927 afirmaba que el certificado era una “garantía” para la felicidad del matrimonio, *Para las madres* daba una mayor importancia a la “educación completa del instinto”. Aunque la discusión más álgida sobre la educación sexual había quedado años atrás, *Para las madres*

²⁴¹ DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA, *Para las madres*, p. 21.

retomaba en 1939 algunos de los argumentos esgrimidos al inicio de esa década. Después de todo, el “escándalo” suscitado a partir de las iniciativas de la SEP no había pasado en vano, aunque al parecer tampoco había modificado mucho la situación en México.

Desgraciadamente un sentimiento religioso exaltado, un pudor exagerado y falso, no permiten al menos en nuestro medio, propagar como se debiera una educación de esa naturaleza, y la sociedad, siguiendo antiguos prejuicios, exige todavía que la mujer que va al altar, llegue no sólo con su cuerpo físicamente íntegro, sino también con un pleno desconocimiento de lo que es y significa el acto de la reproducción. La civilización se ha burlado mucho ya de esta exigencia, y la literatura, el teatro, el cine, los viajes, etc., están documentando a la mujer, por la vía de la malicia, sobre lo que ella debiera conocer, con toda naturalidad como un hecho natural y moral.²⁴²

Para las madres insistía en vencer la “virtud ignorante” que pretendía desconocer el “misterio supremo de la vida”.²⁴³ No se debía “esconder como el avestruz la cabeza en la arena, mientras tenemos el cuerpo expuesto a todas las asechanzas del enemigo”.²⁴⁴ Era indispensable instruir a la mujer en un “misterio”, que según este folleto, iniciaba con el embarazo. La concepción y el acto sexual no ameritaron comentarios en este impreso instructivo para las madres. *Un padre sifilítico...* había planteado las precauciones higiénicas que el varón debía tomar en los encuentros sexuales, pero esta publicación, dirigida a mujeres omitía información en ese sentido. Seguramente se consideró innecesaria, puesto que de acuerdo con *Para las madres* sólo 1% de las mujeres llegaba enferma al matrimonio. El otro 99% no sólo se suponían sanas, sino vírgenes.

Es difícil conocer el tiraje, la circulación y la recepción de este folleto. Las fuentes consultadas no proporcionan información en ese sentido. Tampoco hablan de la cooperación o las posibles dificultades entre el DSP y el DAPP en la elaboración, impresión y distribución de la propaganda sanitaria. Aunque la importancia de la difusión de conocimientos sobre higiene estaba fuera de dudas, cabe cuestionar qué tan prioritaria fue para el DAPP, considerando que también debía atender otros asuntos fundamentales, como los referentes a la imagen de México y su gobierno, tanto al interior del país como en el extranjero, sobre todo con la expropiación petrolera.²⁴⁵ En todo caso, la propaganda

²⁴² DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA, *Para las madres*, p. 16.

²⁴³ DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA, *Para las madres*, pp. 21 y 22.

²⁴⁴ DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA, *Para las madres*, p. 22.

²⁴⁵ PILATOWSKY, “Para dirigir la acción y unificar el pensamiento”, RUIZ, “El Departamento Autónomo de Prensa y Publicidad”.

sanitaria volvió a estar a cargo del DSP antes de la supresión del DAPP. Cuando fue elaborado el Plan Sexenal para 1940-1946 ya se contemplaba que “el Departamento de Salubridad, sin perjuicio de las labores encomendadas al DAPP, recuperará su servicio técnico de educación higiénica, con los elementos necesarios para que pueda desarrollar su trabajo.”²⁴⁶

Poco después, en diciembre de 1939 el DAPP fue finalmente suprimido. Las reformas a la *Ley de Secretarías y Departamentos de Estado*²⁴⁷ ya no incluyó a este Departamento y a otras dos unidades administrativas más porque “una vez completa su misión y habiendo señalado un camino definitivo a las actividades que les fueron encomendados permiten, al desaparecer, una economía en los gastos públicos.”²⁴⁸ De acuerdo con Fernando Mejía Barquera, en esta decisión influyeron las críticas al DAPP y la “crisis del régimen cardenista”.²⁴⁹

El DSP continuó con las labores de propaganda antivenérea y aunque la instrucción higiénica siempre fue prioritaria, el *Reglamento para la Campaña contra las enfermedades venéreas* aprobado por el Congreso en 1940 no incluyó capítulos referentes a educación o propaganda. Esta quedaría a cargo de la Oficina de la Campaña Antivenérea y posteriormente la Liga Nacional contra el Peligro Venéreo, ambas dependientes del DSP.

²⁴⁶ “Plan sexenal del DSP (1940-1946)”, p. 958.

²⁴⁷ “Reformas a la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado”.

²⁴⁸ “Sesión de la Cámara de Diputados efectuada el día 26 de diciembre de 1939”.

²⁴⁹ MEJÍA, “El Departamento Autónomo de Prensa y Publicidad”.

CONSIDERACIONES FINALES

La lucha antivenérea, ¿un triunfo o una “cadena de estupideces”?

Las autoridades sanitarias estaban convencidas del peligro que representaban las enfermedades venéreas para el presente y el futuro de la nación. Las estadísticas, por más parciales e imprecisas que fueran, reforzaban los temores. Sugerían la presencia de enfermos que propagaban males silenciosamente tanto a sus parejas como a sus hijos: los casos no detectados y las taras hereditarias acechaban a la sociedad. Esta preocupación fue constante, y aunque las distintas administraciones a cargo de la salubridad entre 1926 y 1940 tuvieron en ocasiones enfoques un tanto distintos, los temores y los objetivos permanecieron a través de los años y guiaron las acciones de prevención. Por ejemplo, la lucha impulsada por Gastélum promovió, entre otros, una Misión de propaganda que recorriera el país y un reglamento sobre prostitución. Para 1935 la perspectiva había cambiado, y el DSP ya no envió a la Misión y procuró derogar la reglamentación prostibularia que Gastélum había promovido en 1926. Sin embargo, los argumentos esgrimidos por las autoridades sanitarias eran en esencia los mismos y la lucha siguió en pie con algunas modificaciones en las estrategias. La lucha antivenérea fue un proceso que tuvo continuidad.

Debido a la trascendencia social de las enfermedades venéreas, sus estudiosos asumieron que era fundamentalmente el Estado quien debía liderar la lucha contra estos males, con base en el conocimiento científico.

Desde su creación, las actividades del DSP para la prevención y el tratamiento de las enfermedades venéreas no pararon. El DSP daba a conocer periódicamente los reportes de sus trabajos y más de alguna vez se refirió a ellos con optimismo. Sin embargo, hubo críticos que no concedieron “mucho crédito al triunfo de las campañas antisifilíticas”¹ y por el contrario, afirmaron haber descubierto en ellas “una serie de anomalías, de errores, cadena de estupideces”.²

¹ ECHALAZ, “Breves consideraciones sobre el estado actual de la salubridad”, p. 6.

² AHSSA, SSA, Subsecretaría SSA, c. 7, exp. 1. SÁMANO, “Análisis crítico de las campañas contra la tuberculosis y contra la sífilis en México.

Para 1940 no había estadísticas confiables que permitieran conocer el aumento o la disminución de las enfermedades venéreas entre la población general a través de los años. La evaluación de la lucha antivenérea en estos términos no era viable, o en el mejor de los casos, era limitada porque consideraba solo los casos tratados en algún consultorio o clínica. Sin embargo, la carencia de datos fiables y representativos no fue impedimento para que fueran realizados estudios que valoraran el desarrollo de la lucha y sus resultados. Las principales críticas a la lucha antivenérea fueron sus errores y obstáculos administrativos y técnicos, la corrupción y una fallida estrategia de comunicación.

De acuerdo con un “Análisis crítico” que conserva el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, para 1940 todavía no existía “un efectivo organismo central coordinador” que estuviera a cargo de las acciones en toda la República. La Oficina de la Campaña Antivenérea del DSP “se [concretaba] a recibir datos estadísticos de los dispensarios y de comunicación privada. No [podía] intervenir en la marcha técnica de la campaña ni dar disposiciones que [debieran] ser obedecidas completamente”. De tal manera, la lucha antivenérea quedaba en “una serie de actividades dispersas”.³

El “Análisis crítico” lamentaba que a la falta de coordinación se sumara el incumplimiento del programa de la lucha. Gran parte de la población quedaba sin examinar y “los pocos casos” que se conocían, no eran tratados ni se evitaba que las enfermedades se siguieran propagando. Las autoridades sanitarias pretendían “eliminar las enfermedades venéreas con ocasionales redadas de prostitutas, con lo cual no se [solucionaba] nada”. La falta de efectividad en la identificación de nuevos casos se debía en parte a la carencia de registros completos de los médicos, la poca colaboración de hospitales y dispensarios no venéreos, así como a la inexistencia de servicios dedicados a la lucha antivenérea en muchos lugares del país.

Las labores se entorpecían aún más con la corrupción y los intereses personales de sus responsables. Afirmaba el “Análisis crítico” que “todos los jefes y jefecillos [andaban] peleando puestos directivos” y evadiendo responsabilidades, so pretexto de falta de recursos económicos. Y peor aún, “en México cualquiera que tenga dinero puede comprar a cualquier funcionario público, modificar la ley a su voluntad.” Gracias a sobornos, seguían

³ AHSSA, SSA, Subsecretaría SSA, c. 7, exp. 1.

haciendo sus negocios las personas que regenteaban “casas discretas y de ‘muchachas’”.⁴ Este tipo de prácticas de corrupción se habían visto también en la obtención de certificados médicos fraudulentos, y es posible, que hayan continuado.

Pero no todas las deficiencias eran atribuibles a fallas en la administración, pues la falta de estudios epidemiológicos y de personal médico afectaban el cumplimiento de los planes sanitarios. Los enfermos también dificultaban las labores de la lucha al ocultar su mal o discontinuar su tratamiento. Además, los mismos pacientes no siempre podían identificar con seguridad la fuente de su contagio, lo que prácticamente imposibilitaba el despistaje, es decir, el examen médico de más personas y la oportuna detección de nuevos casos.⁵

Las estrategias de comunicación del DSP también contaron con detractores. A pesar de la Campaña Nacional Antivenérea de 1927, la revista del Cuerpo Médico Mexicano *Crónica Médica Mexicana*, publicó en 1928 un artículo que afirmaba que “la propaganda sanitaria se [había] llevado en nuestro país de un modo demasiado tímido y recatado”. Criticaba a las autoridades sanitarias por confiar más en la ley que en la educación popular. Y los intentos por llevar a cabo esta última, no habían tenido el impacto deseado. “Las revistas y folletos de carácter sanitario se presentan en general al público de un modo tan poco apetitoso y sugestivo que ni los mismos médicos lo leen”.⁶

Las campañas, de acuerdo con otro crítico, se reducían a “una superflua y casi inútil papelería”, pues los consejos higiénicos y morales escritos en los folletos y predicados en las tribunas “muy pocos entienden y menos aun practican”.⁷

Para 1940, otro de los reclamos era cierto anacronismo en los mensajes del DSP que los acercaba más al contexto decimonónico que a los avances terapéuticos del siglo XX, como el salvarsán, el neosalvarsán, entre otros. Resultaba “verdaderamente incomprensible que todavía algunas recientes publicaciones que [trataban] de la importancia social de las enfermedades venéreas, [siguieran] hablando en el mismo lenguaje de los últimos años del pasado siglo o de los comienzos del actual”. No sólo el tratamiento había cambiado, sino la

⁴ AHSSA, SSA, Subsecretaría SSA, c. 7, exp. 1.

⁵ AHSSA, SSA, Subsecretaría SSA, c. 7, exp. 1. SÁMANO, “Análisis crítico de las campañas contra la tuberculosis y contra la sífilis en México.

⁶ BRAVO, “Algunas consideraciones sobre propaganda sanitaria”, p. 289.

⁷ ECHALAZ, “Breves consideraciones”, pp. 19-20.

enfermedad misma. Algunas manifestaciones que antaño eran frecuentes, se habían convertido en “excepción” y “muchas de estas lesiones terciarias han pasado ya a la categoría de sífilis históricas”. La difusión de textos que seguían anclados en una visión obsoleta era “contraproducente por crear un escepticismo que no tiene ningún fundamento real.”⁸

El uso no sólo de palabras, sino de imágenes que mostraran las graves consecuencias de la sífilis y la gonorrea había estado presente en la propaganda promovida por el DSP. El miedo al contagio y a padecer los males venéreos llegó a ser considerado útil. Desde la creación de la Sociedad Mexicana de Profilaxis Sanitaria y Moral en 1908 se había planteado la necesidad de inculcar en las “inteligencias juveniles el miedo a las enfermedades nunca bastante temidas”, pero siempre cuidando que el “exceso de alarma” no provocara “desviaciones” más “pavorosas” como los “vicios solitarios” o “aberraciones sexuales”.⁹ El miedo era útil, pero había que aprender a temer a las enfermedades venéreas.¹⁰

En diversas partes del mundo, reconocidos estudiosos habían señalado el potencial preventivo del miedo. Por ejemplo, Fournier afirmaba que “el temor de la sífilis [era] el principio de la sabiduría”,¹¹ y de acuerdo con Prince Morrow, cuando las “consideraciones morales” no funcionaban, el miedo podía servir.¹² Si la razón no era suficiente y el miedo hacía a la gente tomar precauciones, ¿por qué no usarlo como un medio de prevención?¹³ Estas ideas se vieron reflejadas en la propaganda norteamericana, particularmente en el cine con películas que, como *Fit to Win* o *The End of the Road*, tenían “escenas pensadas para despertar miedo hacia la enfermedad.”¹⁴ Sin embargo, con el pasar de los años, este enfoque de la propaganda quedó “obsoleto” y fue cada vez menos utilizado en los Estados Unidos.¹⁵

Las “estrategias de enseñar las terribles consecuencias de sífilis para provocar horror” habían mostrado que no había una “respuesta constante y predecible” y que los

⁸ BEJARANO, *Enfermedades venéreas*, pp. 83-85.

⁹ SÁNCHEZ GAVITO, “Discurso Inaugural”, p. 2.

¹⁰ CAMPUZANO, “La educación de la hetaira”, p. 516.

¹¹ FOURNIER, *Para nuestros hijos cuando tengan 18 años*, p. 37.

¹² MORROW, *The Teaching of Sex Hygiene*, p. 11.

¹³ KLEINSCHMIDT, “Educational Prophylaxis of Venereal Diseases”, p. 19.

¹⁴ LASHLEY y WATSON, *A Psychological Study of Motion Pictures*, p. 11.

¹⁵ BROUGHTON, *Behind the Syphilis Campaign*, p. 14.

enfermos, asustados, podían tomar un “camino equivocado” que los llevara a charlatanes que los tranquilizarían, pero no los sanarían. Los tratamientos médicos, en cambio, habían mostrado efectividad y una menor toxicidad que los mercuriales usados antaño. Por ello, cada vez más investigadores señalaban que era la confianza y no el miedo la que debía guiar las campañas antivenéreas. Mostrar los casos “atípicos” carecía de valor educacional, que sí tenía la dramatización del proceso del diagnóstico y del tratamiento. Debía prevalecer la esperanza, la sífilis se podía curar.¹⁶

La propaganda del DSP, según sus críticos, no resultaba adecuada por su forma ni por su contenido, y las leyes promovidas para evitar nuevos casos y castigar los contagios no habían mostrado ser más efectivas. La lucha antivenérea estaba lejos de erradicar las enfermedades venéreas y resultaba difícil comprobar la disminución en la incidencia de la sífilis y la gonorrea, que estuviera asociada a las políticas y las campañas de salud. Sin embargo, concluir por ello que la lucha no fue sino una “cadena de estupideces”, no contribuye a la comprensión de un proceso importante que involucró no sólo a las instituciones, sino a la sociedad en su conjunto.

A fin de aportar elementos para comprender la lucha antivenérea, el análisis ha tenido en cuenta el contexto tanto nacional como internacional en el que se llevó a cabo, la justificación y los discursos que en ella se expresaron, así como la participación social y las estrategias empleadas por los distintos actores involucrados.

El contexto internacional favoreció la lucha antivenérea en México. Los movimientos de tropas durante la Primera Guerra Mundial y el regreso de los soldados enfermos a sus lugares de origen habían evidenciado la rápida propagación de las enfermedades venéreas. Esto llevó a instituciones públicas y privadas de diversos países a enfrentar con urgencia el problema tanto en los ejércitos, como entre la población civil. La aplicación de conocimientos pretendidamente científicos, el desarrollo de la medicina, así como la inclusión de medios y técnicas de comunicación novedosos en las campañas de salud impulsaron la elaboración y aplicación de estrategias para evitar la propagación de tales padecimientos en diversas partes del mundo.

¹⁶ BROUGHTON, *Behind the Syphilis Campaign*, pp. 14-15. VONDERLEHR y BOUGHTON, “Syphilis in Pictures”, pp. 343-344.

La eugenesia y sus objetivos de “mejora racial” sirvieron para argumentar la necesidad de combatir las enfermedades venéreas. La sífilis, junto con la tuberculosis y el alcoholismo fueron señaladas como las patologías que representaban las mayores amenazas para *la raza*, y por tanto, las que se debían evitar con mayor ahínco. El debate acerca de la relación entre *raza* y enfermedades venéreas tuvo diversos matices de acuerdo con las características de la sociedad en la que se discutía. Aun así, la supuesta propensión de ciertas “razas” al contagio no contradecía las conclusiones generales acerca del peligro venéreo para el desarrollo de las naciones. Dichos males podían degenerar a todas las “razas” por su transmisión a la descendencia y por su capacidad de inutilizar parcial o totalmente a los enfermos, quienes además de no producir, representaban un gasto económico a los gobiernos.

La medicina había planteado que las terribles consecuencias de las enfermedades venéreas podían evitarse con un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado. La reacción de Wassermann (1906) y posteriormente el test de Kahn (1923) habían mostrado utilidad en el diagnóstico, aunque no lograban una total especificidad y podían detectar otras enfermedades que eran confundidas con la sífilis. El uso de arsenicales como el salvarsán (1910) y el neosalvarsán (1912) no fueron la “bala mágica” contra el treponema pálido, pero contribuyeron en el combate a las enfermedades venéreas. Aunque no exentos de efectos secundarios, los nuevos remedios eran menos tóxicos y más efectivos que los mercuriales usados antaño.

La lucha antivenérea en distintos países no sólo incorporó las innovaciones médicas, sino también las tecnologías en medios de comunicación y los conocimientos técnicos para la difusión de información. La fotografía, los impresos, la radio y el cine fueron utilizados en las campañas sanitarias, y los mensajes transmitidos a través de ellos se enriquecieron de la experiencia en la publicidad comercial y en la propaganda política y militar, que había tenido un gran desarrollo, sobre todo a partir de la Primera Guerra Mundial.

Las autoridades sanitarias en México estuvieron al tanto de lo que se hacía en otras partes del mundo para combatir las enfermedades venéreas y procuraron incorporar los nuevos conocimientos a las prácticas médicas y a las campañas de salud. Había un gran interés en México por estar al tanto de las novedades y las acciones llevadas a cabo más

allá de sus fronteras. La participación en congresos internacionales que trataban temas relacionados, la proyección de películas extranjeras, la traducción de folletos del inglés y francés al castellano, son tan sólo unos ejemplos de cómo lo que se hacía en distintas latitudes del mundo para la prevención influyó en México. La legislación en otros países también fue un referente. El reglamentarismo francés y el prohibicionismo inglés fueron ampliamente conocidos entre los especialistas mexicanos, por citar tan sólo un ejemplo.

México formó parte de tratados internacionales encaminados a buscar la cooperación de los países para evitar la propagación de enfermedades venéreas. El primero en 1924 para la atención de los marinos enfermos, y posteriormente, con su entrada a la Liga de Naciones en 1931, suscribió acuerdos para evitar la trata de blancas.

El contexto mexicano de la primera mitad del siglo XX resultó propicio para la interpretación y asimilación de los conocimientos acerca de las enfermedades venéreas y su prevención. Asimismo, posibilitó el desarrollo de una lucha propia.

El proceso de construcción del Estado tras la Revolución permitió la creación de nuevas instituciones y leyes sanitarias. La salud de la población se volvió prioritaria en un país en el que la guerra había favorecido la escasez de alimentos, la migración, el desempleo, la destrucción de infraestructura, el hacinamiento y el desarrollo de epidemias. El Estado mexicano se pensó como el garante de la salud de la población y por ello se pretendía imponer una “dictadura sanitaria”.

La Constitución de 1917 facultó al Congreso de la Unión para legislar en la materia. Además, el establecimiento del DSP y sus atribuciones ejecutivas en todo el país daban mayores alcances a las acciones sanitarias. En este nuevo marco fue promulgado el Código Sanitario de 1926 y posteriormente la coordinación y cooperación de los servicios sanitarios en todo el país (1934). El primer Plan Sexenal (1934-1940) continuó considerando a la salud como un asunto prioritario.

Lo anterior sentó las bases institucionales, legales y presupuestales que hicieron viable la puesta en marcha de diversas campañas de salud. La lucha antivenérea fue sólo un frente en una “guerra” más amplia que abarcaba el combate a la tuberculosis, al alcoholismo, la lepra, la mortalidad infantil, la viruela, entre otros.

La necesidad de promover la salud de los distintos grupos sociales permitió una mayor injerencia estatal para tratar de controlar cada vez más aspectos de la vida de las personas que se pensaba podían afectar a la sociedad en su conjunto. Para la prevención de las enfermedades venéreas, ya no sólo se trató de regular el ejercicio de la prostitución, sino que se buscaron mecanismos legales para intervenir y valorar la idoneidad de las personas para el matrimonio, para registrar a los enfermos, y para castigar a quienes contagiaran intencionalmente la sífilis. También se procuró por varios medios persuadir a la gente de someterse voluntariamente al tratamiento y a las regulaciones que fueran procedentes según las circunstancias.

Las ideas acerca de la importancia social de las enfermedades venéreas y el afán por evitarlas iban en consonancia con los discursos políticos de los gobiernos emanados de la Revolución. La nación necesitaba una población que contribuyera a su desarrollo. Su base sería el “hombre nuevo”: mestizo, trabajador, saludable, nacionalista, sin vicios ni fanatismos religiosos. La lucha antivenérea prometía aportar elementos para la consecución de tales fines. Evitaría contagios y trataría a los enfermos de las clases trabajadoras, disminuyendo las incapacidades laborales. Alertaría a las mujeres para que se aseguraran del estado de salud de sus parejas desde antes de casarse, protegiendo así la salud de ellas y la de sus hijos. Impediría los abortos y las taras hereditarias. Buscaría erradicar el “vicio” de la prostitución. Difundiría una moral laica, en contra de la “mojigatería” y los “prejuicios”, que las autoridades asociaban a las creencias religiosas.

Los conflictos entre la Iglesia y el Estado también quedaron de manifiesto en la lucha antivenérea. Las autoridades estatales promovieron un proceso de secularización de la sociedad, del que no fue ajena la lucha. Esto se puede apreciar en el certificado prenupcial, la propaganda y la educación sexual. El certificado prenupcial fue una exigencia que suponía que el matrimonio no era un sacramento, sino un contrato regulado por el Estado. Por otra parte, la propaganda antivenérea difundió ideas que planteaban una visión secular del mundo, con base en un conocimiento “científico”. Los debates acerca de la educación sexual fueron particularmente sensibles a los conflictos entre la Iglesia y el Estado, pues para muchos, estos conocimientos eran un ataque directo a las creencias religiosas y la libertad de enseñanzas, que se sumaban a los proyectos estatales de una educación laica.

Aunque los fines de la lucha antivenérea coincidieran con objetivos políticos o económicos más generales, su justificación pretendía ser ante todo, “científica”. La medicina era el principal referente de las acciones sanitarias. Los conocimientos acerca de la etiología, los mecanismos de transmisión, la sintomatología, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades fueron parte fundamental del diseño de la propaganda y de las políticas de salud.

La eugenesia, supuestamente científica, también aportó argumentos para poner énfasis en la necesidad de la lucha antivenérea. Los estudios sobre eugenesia destacaban las repercusiones sociales de la sífilis y la gonorrea. Estas enfermedades incapacitaban para el trabajo, generaban gastos a los gobiernos y si no eran tratadas, podían inutilizar definitivamente a numerosas personas, tanto para el trabajo, como para la reproducción (esterilidad). Peor aun, estos males eran transmitidos a la descendencia, que si lograba sobrevivir, lo hacía con taras. Así, varias generaciones terminaban convirtiéndose en una “carga para la sociedad”, la cual se veía obligada a destinar recursos valiosos a quienes poco o nada producían.

Los problemas ocasionados por las enfermedades venéreas no sólo eran económicos, sino que involucraban la materia viva, la sangre, la carne y todo el organismo de quienes las padecían. Afectaban la base misma de la vida humana. Su propagación 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 asechaban, 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 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”. Los eugenistas participaron muy activamente en los debates sobre las medidas sanitarias para evitar dichas enfermedades.

Las autoridades sanitarias pretendían 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 dudas 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 y morales. La degeneración de la raza y sus implicaciones para el futuro de nación fueron preocupaciones no sólo “científicas” o sanitarias, sino 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. El concepto de “*la raza*” y su degeneración justificaba 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 las relaciones sexuales.

Las referencias a la moral estuvieron presentes en la campaña antivenérea. Aunque las autoridades sanitarias reiteraban el sustento científico de la propaganda y de las leyes en la materia, estas reflejaban lo que aquellas consideraban que era o debía ser la sociedad mexicana. En cuanto al papel de hombres y mujeres, por ejemplo, el DSP difundió mensajes con la suposición de la virginidad femenina hasta el matrimonio y el irrefrenable deseo masculino. La idea no era nueva ni exclusiva de las autoridades sanitarias, y aunque tal afirmación no tenía el sustento fisiológico que los médicos pretendían darle desde el siglo XIX, fue repetida en la propaganda antivenérea como un hecho comprobado.

El DSP difundió una moral basada ya no en la religión, sino en “la ciencia”. Promovía el matrimonio, pero no como un sacramento, sino como una unión legal que daba la posibilidad de valorar la idoneidad de los cónyuges por medio del certificado médico prenupcial. La virginidad y la maternidad ya no tendrían como referente a la virgen María, sino a la higiene. La búsqueda de la salud debía ser prioritaria en el modelo de virtud del “hombre nuevo”, y debía estar presente en la elección de pareja, el matrimonio, la

capacidad para procrear, la conciencia de las repercusiones sociales de las enfermedades venéreas y el sometimiento voluntario y oportuno al tratamiento, si era el caso.

Quienes abogaban por una lucha antivenérea desde el cientificismo parecían no aceptar discutir en otros términos. Todo lo que estuviera afuera de *la* ciencia era superstición, prejuicio, mojigatería, fanatismo e ignorancia, y no merecía ser tenido en cuenta sino para transformarlo. Médicos, eugenistas, autoridades sanitarias y educativas mostraron un gran interés por instruir y difundir el “evangelio de la salud” entre el “pueblo”, pero no parecían poner el mismo empeño en comprender aquellas ideas y sentimientos que contradijeran los postulados de la ciencia, o incluso, de la Revolución. El tema de la religión fue particularmente sensible. El silencio y el desconocimiento de asuntos relacionados con la sexualidad y la higiene sexual fueron comúnmente atribuidos a una moral religiosa no sólo ajena, sino contraria a cualquier intento de modernización. En ese sentido, la lucha antivenérea no sólo combatía a las enfermedades, sino que también pretendía contribuir de alguna manera a la “desfanatización” y la instrucción de la población.

En la lucha antivenérea no sólo se expresaron las autoridades sanitarias, civiles o escolares, sino que también participaron diversas personas y grupos sociales que actuaron de distintas maneras frente a las instituciones, la legislación y la propaganda. La lucha involucró a la sociedad mexicana en su conjunto. Las leyes relacionadas con la lucha afectaron directamente a los futuros cónyuges, a las víctimas de contagio, a las prostitutas, los hoteleros, los músicos que trabajaban en burdeles y los vecinos de las zonas de tolerancia. Los dispensarios atendieron a personas enfermas, preferentemente de escasos recursos económicos. La propaganda fue conocida por un público muy diverso que asistió a conferencias, a películas, que recibió impresos o miró los carteles pegados en los muros de sitios concurridos. Los padres de familia, los maestros y la prensa estuvieron al tanto de las tentativas de implantar la educación sexual en las escuelas. Los integrantes de corporaciones y sociedades médicas, de eugenesia y puericultura siguieron con interés las acciones emprendidas para la prevención de las enfermedades venéreas.

La lucha antivenérea fue más allá del papel. La diversidad de estrategias para enfrentar o aprovechar las medidas sanitarias muestran la constante interacción entre las instituciones públicas y la población, desde la cooperación hasta los conflictos. En ocasiones el DSP logró la voluntaria colaboración ciudadana, como aquellos enfermos que asistían a los dispensarios. También hubo entre algunas autoridades y algunas personas una complicidad que estaba por fuera de las leyes y que incluso contradecía las medidas sanitarias. El apoyo de políticos a prostitutas y los certificados médicos fraudulentos dan cuenta de ello.

Las resistencias y las oposiciones fueron constantes, a veces directas, con cierto disimulo o por medio de la omisión. La inconformidad quedó de manifiesto en expresiones explícitas, como las críticas de la prensa al DSP y la SEP con motivo del certificado prenupcial y la educación sexual, o bien, en las cartas de quejas enviadas al presidente por quienes llegaron a sentirse perjudicados, como las prostitutas con el reglamento de 1926 y los padres de familia con la educación sexual. Otras personas evitaron la confrontación, pero buscaron evadir los controles sanitarios con certificados médicos falsos o disimulando su padecimiento. En otros casos, cuando era posible, las recomendaciones y las leyes fueron ignoradas, pasando por alto el matrimonio, los registros médicos y los tratamientos.

La lucha antivenérea favoreció la interacción entre aquellos que pretendían hacer cumplir las leyes y aquellos a quienes se les aplicaba. Sin embargo, ni las autoridades ni los ciudadanos representaban un grupo homogéneo frente al otro. Entre las instituciones y los funcionarios también hubo avenencias y desavenencias. El DSP y la SEP colaboraron en las semanas nacionales de salud, pero llegaron a reprocharse mutuamente la poca disposición de médicos y maestros en los cursos de higiene. Los agentes federales del DSP se quejaron en ocasiones de las autoridades políticas y sanitarias en los estados por entorpecer el control de la prostitución.

Los particulares también tuvieron acuerdos y desacuerdos entre ellos a propósito de la lucha antivenérea. El reglamento de prostitución de 1926 modificó la relación entre las mujeres dedicadas al “comercio carnal” y los músicos, los hoteleros y los vecinos de las zonas de tolerancia. Las prostitutas y los encargados de algunos hoteles tuvieron cierta complicidad para evadir a los agentes sanitarios, en cambio, quienes tenían sus viviendas en

esas calles expresaron su molestia por la presencia de estas mujeres. Otro caso fue el de la Unión Nacional de Padres, que amenazó con boicotear a los maestros que se “atrevieran” a dictar cursos de educación sexual.

Las constantes relaciones entre los diferentes actores involucrados conllevaron luchas de poder que no necesariamente estaban mediadas o amparadas por las leyes y las instituciones. La aplicación de las medidas sanitarias y la difusión de conocimientos eran parte del tire y afloje, pero no eran lo único que estaba en juego. Más allá de las acciones concretas y las pugnas que suscitaron, los discursos tendentes a la medicalización de la sociedad iban ganando terreno poco a poco, a pesar de las resistencias. Aunque hubo numerosos cuestionamientos a la injerencia estatal, se fue imponiendo una premisa fundamental: la sexualidad y las enfermedades relacionadas con ella eran una cuestión social, un asunto de salud pública que debía controlarse y regularse.

La sexualidad, la salud y los cuerpos de las prostitutas no serían ya los únicos en estar bajo la vigilante y casi omnipresente mirada médica. Se debía garantizar la salud de todas las personas desde la misma concepción. Por tanto, la población en general estaría sujeta al escrutinio: los lactantes, los niños, los adolescentes, las madres, los matrimonios, las nodrizas, los obreros, los campesinos, los sanos, los enfermos. Si bien las instituciones, las leyes y los médicos tenían un papel importante, el control más eficiente se lograría con la anuencia y colaboración de los ciudadanos, gracias a la interiorización de los discursos médicos. Este proceso fue complejo y estuvo lleno de contradicciones y ambivalencias, pues estos discursos convivieron con otras formas de entender al ser humano y sus enfermedades.

La medicalización y su lenguaje fueron permeando en la sociedad, y aun quienes se oponían a las medidas sanitarias y a la injerencia estatal en asuntos considerados del ámbito privado, lo hacían cada vez más en los términos de los discursos médicos. Quienes estaban en contra de la reglamentación de la prostitución alegaban que se descuidaba la salud de los clientes, que eran los que propagaban más las enfermedades. Los críticos de la obligatoriedad del certificado prenupcial y del registro de los enfermos apelaban al secreto médico. Algunas de las madres y padres de familia que expresaron su rechazo a la educación sexual en las escuelas, afirmaban que tales conocimientos debían impartirse en el

ámbito familiar. Esto es, que a pesar de su férrea oposición a las iniciativas de la SEP, hubo padres de familia que admitieron al menos de palabra, que la educación sexual era necesaria.

El reconocimiento de los discursos médicos más allá de los gremios de profesionales de la salud contribuyó a legitimar las acciones sanitarias. Esto no significó su total cumplimiento ni eliminó las oposiciones y resistencias, pero los convirtió en un referente válido, en un lenguaje compartido cada vez por más personas. Si la lucha antivenérea no triunfó en los objetivos que se había planteado en cuanto a la disminución de la incidencia de dichos males, sí contribuyó a difundir entre la población conceptos e ideas afines a la ciencia médica y a la Revolución.

FUENTES CONSULTADAS

Archivos

AGN, OM, DSP

Archivo General de la Nación, Fondo Oficialía Mayor, Departamento de Salubridad Pública, México, DF.

AGN, P, AR

Archivo General de la Nación, Fondo Presidentes, Abelardo Rodríguez.

AGN, P, LCR

Archivo General de la Nación, Fondo Presidentes, Lázaro Cárdenas del Río.

AGN, SSA

Archivo General de la Nación, Fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia.

AHEM, S, S y B

Archivo Histórico del Estado de México, Fondo Salubridad, Salubridad y Beneficencia, Toluca, Estado de México.

AHSEP, DPH

Archivo Histórico de la Secretaría de Educación Pública, Fondo Departamento de Psicopedagogía e Higiene, México, D.F.

AHSSA, SSA, Subsecretaría SSA

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, D.F.

AHSSA, SP, IAV

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Salubridad Pública, Inspección Antivenérea, México, D.F.

AHSSA, SP, P, S

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Salubridad Pública, Presidencia, Secretaría, México, D.F.

AHSSA, SP, SJ

Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Fondo Salubridad Pública, Servicio Jurídico, México, D.F.

ASCJN

Archivo de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, México, D.F.

FAPECyFT

Fideicomiso de Archivos Plutarco Elías Calles y Fernando Torreblanca, Fondo Plutarco Elías Calles, México, D.F.

NARA, LRCS

National Archives and Records Administration, League of Red Cross Societies, College Park, Maryland.

NARA, ASHA

National Archives and Records Administration, American Social Hygiene Association, College Park, Maryland.

Películas

The End of the Road, NARA, ASHA-ASHA-200.

Damaged Lives, <https://www.youtube.com/watch?v=Xx94RjxU0gs>

Bibliografía y fuentes impresas

“A New Social Hygiene Motion Picture”, *Journal of Social Hygiene*, 19:7 (1933), p. 407.

ABOITES, Luis, “La ilusión del poder nacional. La provisión de agua y alcantarillado en México, 1930-1990”, en LIRA y RODRÍGUEZ, 2009, pp. 181-216.

ABOITES, Luis, *Excepciones y privilegios. Modernidad tributaria y centralización política en México, 1922-1972*, México, COLMEX, 2003.

ABRAMS, Philip, “Notes on the Difficulty of Studying the State”, *Journal of Historical Sociology*, 1:1 (1988), pp. 58-89.

Actas de la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Buenos Aires, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington D.C., 1935.

Actas de la Primera Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad Pública de las Repúblicas Americanas, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington D.C., 1926.

“Acuerdo que crea la Dirección de Publicidad y Propaganda”, *Diario Oficial*, 17 de agosto de 1936.

ADAME GODDARD, Jorge, *El matrimonio Civil en México (1859-2000)*, México, UNAM, 2004.

AGOSTONI, Claudia (coord.), *Curar, sanar y educar. Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, IHH-UNAM/BUAP, 2008.

AGOSTONI, Claudia, “Entre la persuasión, la compulsión y el temor: la vacuna contra la viruela en México, 1920-1940”, en SPECKMAN, AGOSTONI y GONZALBO, 2009, pp. 149-173.

AGOSTONI, Claudia, “Estrategias, actores, promesas y temores en las campañas de vacunación antivariolosa en México: del Porfiriato a la Posrevolución (1880-1940)”. *Ciênc. saúde coletiva* [online], 16:2 (2011), pp. 459-470.

AGOSTONI, Claudia, “Historia de un escándalo. Campañas y resistencia contra la difteria y la escarlatina en la ciudad de México, 1926-1927”, en AGOSTONI, 2008, pp. 286-311.

AGOSTONI, Claudia, "Las mensajeras de la salud. Enfermeras visitadoras en la ciudad de México durante la década de los 1920", *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, 33 (2007), pp. 89-120.

AGOSTONI, Claudia, *Monuments of Progress. Modernization and Public Health in Mexico City, 1876-1910*, University of Calgary Press, University Presss of Colorado, UNAM, 2003.

AGOSTONI, Claudia y Elisa SPECKMAN, *Modernidad, tradición y alteridad*, México, UNAM, 2001.

ALARCÓN, Alfonso G., "La esterilización humana como medio de selección", *Puericultura*, 1:6 (1950), pp. 205-206.

ALBARRACÍN, Agustín (coord.), *Historia de la enfermedad*, Madrid, Wellcome/Saned, 1987.

Algunos datos y opiniones sobre la educación sexual en México, México, SEP, Talleres Gráficos de la Nación, 1934.

ALMARAZ, José, *Exposición de motivos del Código Penal*, México, 1931.

ÁLVAREZ AMÉZQUITA, José, *et al.*, *Historia de la Salubridad y de la Asistencia en México*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, t. II, 1960.

AMOR, José L., "El certificado prenupcial en nuestro medio actual", *Puericultura*, I:12 (1931), p. 354.

ANDERSON, Benedict, *Comunidades imaginadas: reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo*, México, FCE, 1993.

ANDRADE, Cayetano, "Un crimen en la cuestión eugénica", *Eugenesia*, (1932), p. 3.

APPELBAUM, Nancy P., Anne S. MACPHERSON, Karin Alejandra ROSEMBLATT (eds.), *Race and Nation in Modern Latin America*, Chapel Hill and London, The University of North Caroline Press, 2003.

ARAGÓN, Alejandro, "La niñez ante el sexo", *Excélsior*, 27 de mayo de 1933, p. 5.

ARÉCHIGA, Ernesto, "Educación, propaganda o 'dictadura sanitaria'. Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945", *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, 33:33 (2007), pp. 57-88.

ARNAUT, Alberto, *La federalización educativa en México. Historia del debate sobre centralización y descentralización*, México, COLMEX, 1998.

ARROM, Silvia, *La mujer mexicana ante el divorcio eclesiástico*, (1800-1857), México, SEP, 1976.

ARTEGA, Belinda, *A gritos y sombrerazos. Historia de los debates sobre educación sexual en México, 1906-1946*, México, Ed. Miguel Ángel Porrúa, UPN, 2002.

AZAOLA GARRIDO, Elena, *La institución correccional en México: una mirada extraviada*, México, s. XXI, 1990.

AZZOLINI, Alicia, “Los antecedentes históricos de los criterios de determinación de la pena en el derecho penal mexicano”, *Alegatos*, 32 (1996).

BAILÓN VÁSQUEZ, Fabiola, “Trabajadoras domésticas y sexuales en la ciudad de Oaxaca durante el Porfiriato: sobrevivencia, control y vida cotidiana”, Tesis Doctoral en Historia, El Colegio de México, 2012.

BAILÓN, Fabiola, “Las garantías individuales frente a los derechos sociales: una discusión porfiriana en torno a la prostitución”, en TUÑÓN, 2008, pp. 331-332.

BALIBAR, Étienne, “The Genealogical Échème: Race or Culture?”, *Trans-Scripts: An Interdisciplinary Journal in the Humanities and Social Sciences*, 1 (2011), pp. 1-9.

BANTJES, Adrian, “Idolatry and Iconoclasm in Revolutionary Mexico: The De-Christianization Campaigns, 1929-1940”, *Estudios Mexicanos*, 13:1 (1997), pp. 87-120.

BASAURI, Carlos, *La población indígena de México*, t. III, México, SEP, 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.

BASSOLS, Narciso, *Obras*, México-Buenos Aires, FCE, 1964.

BEEZLEY, William, Cheryl ENGLISH y William FRENCH (eds.), *Rituals of Rule, Rituals of Resistance. Public Celebrations and Popular Culture in Mexico*, Scholarly Resources Inc., 1999.

BEJARANO, Julio, *Enfermedades venéreas. Ensayo de divulgación*, México, Editorial Seneca, 1940.

BEMENT DAVIS, Katharine, “Social Hygiene in the War. Woman’s part in Social Higiene”, *Journal of Social Hygiene*, IV:4 (1918), pp. 556-557.

BENAVIDES, Andrés, “Ensayo sobre legislación sanitaria de los matrimonios”, *Revista Médica*, 2a época, II:4 (1908), p. 157.

BERMÚDEZ, Salvador, “La función sexual y la clínica”, *Pasteur*, año III, I:1 (1930), p. 28.

BIERNAT, Carolina, “Médicos, especialistas, políticos y funcionarios en la organización centralizada de la profilaxis de las enfermedades venéreas en la Argentina (1930-1954)”, *Anuario de Estudios Americanos*, 64:1 (2007), pp. 257-288.

BIRN, Anne-Emanuelle, “‘Revolución nada más’. La campaña de la Fundación Rockefeller contra la uncinariasis en México durante la década de los años veinte”, en AGOSTONI, 2008, pp. 257-286.

BIRN, Anne-Emanuelle, “A Revolution in Rural Health?: The Struggle over Local Health Units in Mexico, 1928-1940”, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 5:1 (1998), pp. 43-76.

BIRN, Anne-Emanuelle, “Buscando desesperadamente la descentralización: las políticas de salud mexicanas en dos épocas de reforma (los años 20 y 30 y la década de los 80)”, *Dynamis*, 25 (2005), pp. 279-311.

BLISS, Katherine, “For the Health of the Nation: Gender and the Cultural Politics of Social Hygiene in Revolutionary Mexico”, en VAUGHAN y LEWIS, 2005, pp. 196-220.

BLISS, Katherine, *Compromised Positions. Prostitution, Pubic Health, and Gender Politics in the Revolutionary Mexico City*, The Pennsylvania State University Press, 2001.

BLISS, Katherine, “Figuras revolucionarias: prostitutas, trabajo y comercio sexual en la ciudad de México, 1900-1940”, en GUTIÉRREZ, 2003, pp. 239-280.

BLISS, Katherine, “Prostitution, Revolution and Social Reform in Mexico City”, Tesis doctoral, The University of Chicago, 1996.

BLISS, Katherine, “The Science of Redemption: Syphilis, Sexual Promiscuity and Reformism in Revolutionary Mexico City”, *Hispanic American Historical Review*, 70:1 (1999), pp. 1-40.

BOILS MORALES, Guillermo, “El movimiento de los trabajadores en Yucatán durante la gubernatura de Salvador Alvarado (1915-1917)”, *Revista Mexicana de Sociología*, 41:3 (1979), pp. 621-649.

BONAH, Christian y Anja LAUKÖTTER, “Moving Pictures and Medicine in the First Half of the 20th Century: Some Notes on International Historical Developments and the Potential of Medical Film Research”, *Gesnerus*, 66 (2009), pp. 121-146.

BRANDT, Allan, *No Magic Bullet. A Social History of Venereal Disease in the United States since 1880*, New York/Oxford, Oxford University Press, 1985.

BRAVO, Julio, “Algunas consideraciones sobre propaganda sanitaria”, *Crónica Médica Mexicana*, XXVII:7 (1928), p. 289.

BRIEUX, Eugène, *Los averiados*, s/l, Moro, Tello, 1921.

BRIOSO VASCONCELOS, Ángel, “La esterilización eugénica”, *Eugenesia*, 18:17 (1932), pp. 1-2.

BRITTON, John, *Educación y radicalismo en México. Los años de Bassols (1931-1934)*, México, SEP Setentas, 1976.

BROUGHTON, Philip, *Behind the Syphilis Campaign*, Public Affair Pamphlets, núm. 24, 1938.

BUFFINGTON, Robert, *Criminales y ciudadanos en el México moderno*, México, Ed. Siglo XXI, 2001.

BURGOA, Ignacio, *El juicio de amparo*, México, Ed. Porrúa, 1983.

BUSTAMANTE, Miguel E., *La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales como factor de progreso higiénico en México*, México, Departamento de Salubridad Pública, 1934.

BUTLER, Matthew, *Popular Piety and Political Identity in Mexico's Cristero Rebellion Michoacán, 1927-29*, Oxford, 2004.

CAMPUZANO, Francisco, “La educación de la hetaira es el primer paso serio para la efectividad de la campaña antivenérea en México”, *Salubridad*, I:3 (1930), p. 516.

CANO, Gabriela, “Feministas en campaña. La primera mitad del siglo XX”, *Debate Feminista*, 4 (1991), pp. 269-292.

CANO, Gabriela, Jocelyn OLCOTT y Mary Kay VAUGHAN (comps.), *Género, poder y política en el México posrevolucionario*, México, FCE, UAM-Iztapalapa, 2009.

CANO, Gabriela, “Más de un siglo de feminismo en México”, *Debate feminista*, 14 (1996), pp. 345-360.

CANO, Gabriela, “México 1923: Primer Congreso Feminista Panamericano”, *Debate feminista*, 1:1 (1990), pp. 303-307.

CAPETILLO, Juan, "Cuerpos sin historia. De la psiquiatría al psicoanálisis en México (1880-1920)", *Frenia*, VIII (2008), pp. 207-220.

CÁRDENAS DE LA PEÑA, Enrique, "Imagen del secretario perpetuo, doctor Alfonso Pruneda", *Historia de la Academia Nacional de Medicina. El tramo de los grandes maestros: 1926-1964*, México, Conacyt, Academia Nacional de Medicina de México, 2014, pp. 57-62.

CARRANCÁ Y TRUJILLO, Raúl, *Derecho penal mexicano*, Ed. Porrúa, 1982.

CARRILLO, Ana María, "¿Estado de peste o estado de sitio?: Sinaloa y Baja California, 1902-1903", *Historia Mexicana*, LIV:4 (2005), pp. 1049-1103.

CARRILLO, Ana María, "Control sexual para el control social: la primera campaña contra la sífilis en México", *Espaço Plural*, año XI, 22 (2010), pp. 65-77.

CARRILLO, Ana María, "De la sífilis al sida: vidas privadas y paranoias públicas", *La Jornada*, Letra S, México, 2 de octubre de 1997.

CARRILLO, Ana María, "Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910)", *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online], 9 (2002), pp. 67-87.

CARRILLO, Ana María, "El inicio de la higiene escolar en México: Congreso Higiénico Pedagógico de 1882", *Revista mexicana de Pediatría*, 66:22 (1999), pp. 71-74.

CARRILLO, Ana María, "Entre el adentro y el afuera: Hospital Morelos para prostitutas enfermas", en prensa.

CARRILLO, Ana María, "Guerra de exterminio al fantasma de las costas: la primera campaña contra la fiebre amarilla en México, 1903-1911", en AGOSTONI, 2008, pp. 221-256.

CARRILLO, Ana María, "La 'civilización' del amor", en GONZALBO, 2013, pp. 409-440.

CARRILLO, Ana María, "La alimentación 'racional' de los infantes: maternidad 'científica', control de las nodrizas y lactancia artificial", en TUÑÓN, 2008, pp. 227-280.

CARRILLO, Ana María, "Los difíciles caminos de la campaña antivariolosa en México", *Ciencias*, 55:56 (1999), pp. 18-25.

CARRILLO, Ana María, "Los modernos Minotauro y Teseo: la lucha contra la tuberculosis en México", *Estudios*, (2012), pp. 85-101.

CARRILLO, Ana María, "Salud pública y poder durante el Cardenismo: México, 1934-1940", *Dynamis*, 25 (2005), pp. 145-178.

CARRILLO, Ana María, “Surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios de salud”, en FAJARDO, CARRILLO, NERI VELA, 2002, pp.17-64.

CARRILLO, Ana María, “Vigilancia y control del cuerpo de los niños: la Inspección Médica Escolar (1896-1913)”, en CHÁZARO y ESTRADA, 2005, pp. 171-208.

CARRILLO, Rafael, “Aspecto médico social de la maternidad consciente”, *Revista Mexicana de Puericultura*, III:35 (1933), p. 369.

“Casos y coeficientes de morbilidad”, *Boletín epidemiológico*, año I, I (1938), pp. 271-278.

CASTEL, Robert, *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Buenos Aires-Barcelona-México, 1998.

CASTILLO NÁJERA, Francisco, “Discurso inaugural”, *Primer Congreso Mexicano de Venereología*, México, Talleres Gráficos Editorial, 1925.

CAVAILLON, Les Législations Antivénériennes dans le Monde, Paris, A. Maloin et fils.

CENICEROS, José Ángel, *El problema social de la insalubridad*, México, Ediciones Botas, 1935.

CHAOU, María Eugenia, “La higiene escolar en la ciudad de México en los inicios del siglo XX”, *Historia Mexicana*, 62:1 (2012), pp. 249-304.

CHÁZARO, Laura (coord.), *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, México, El Colegio de Michoacán/Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, 2002.

CHÁZARO, Laura y Rosalina Estrada, *En el umbral de los cuerpos*, México, COLMICH/BUAP, 2005.

CÍCERO, Ricardo E., “¿Se deben aplicar los principios de la responsabilidad civil y penal a la transmisión de la sífilis?”, *Gaceta Médica*, 2º serie, V:9 (1905), pp.114-115.

CÍCERO, Ricardo, “¿Es útil divulgar los conocimientos relativos a la sífilis y a otras enfermedades venéreas? En caso de respuesta afirmativa ¿cuáles son los conocimientos que se deben divulgar y qué medios deben emplearse para ese fin?”, *La cruz blanca*, I:4 (1908), pp. 3-5.

CÍCERO, Ricardo, “El papel del médico en la campaña antivenérea”, *Primer Congreso Mexicano de Venereología*, México, Talleres Gráficos Editorial, 1925.

CLARKE, Walter, “Social Hygiene and the War”, *Journal of Social Hygiene*, IV:2, (1918), p. 259-306.

CLINE, John y Robert G. WEINER (eds.), *From the Arthouse to the Grindhouse. Highbrow and Lowbrow Transgression in Cinema's First Century*, Lanham/Toronto/Plymouth, UK, The Scarecrow Press, Inc., 2010.

“Código de moral eugénica”, *Eugenesia*, 30 (1933).

Código Penal para el Distrito y Territorios Federales, México, Talleres Gráficos de la Nación, 1929.

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, México, Imprenta de Eduardo Dublán, 1903.

Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, México, Imprenta del Gobierno Federal, 1891.

“Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos”, en el *Diario Oficial* el martes 8 de junio y miércoles 9 de junio de 1926.

“Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos”, en el *Diario Oficial* el viernes 31 de agosto de 1934.

Colección de artículos de propaganda higiénica, remitidos por el Departamento de Salubridad Pública para su publicación en todos los periódicos informativos de México, en el año de 1930, Publicación del Servicio de Propaganda y Educación Higiénicas e Intercambio, Departamento de Salubridad Pública, 1930.

Congreso Constituyente, 1916-1917, *Diario de Debates*, vol. II, Gobierno del estado de Querétaro, INEHRM, México, 1987.

CONI, Emilio R., “Estado actual de la Lucha Antivenérea en América”, *Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía*, t. I, Montevideo, 1922.

CORBIN, Alain, *Women for Hire. Prostitution and Sexuality in France after 1850*, Cambridge, London, Harvard University Press, 1990.

CÓRDOBA, Carlos C., “Apuntes sobre la vida sexual del niño”, *Salubridad*, I:4, (1930), p. 1085.

CORREA, Adrián, “Cómo debe impartirse la educación sexual en nuestro medio”, *Revista Mexicana de Puericultura*, II:17 (1932), p. 237.

CORREA, Adrián, “Educación sexual”, *Pasteur*, año XI, I:II (1938), pp. 37 y 41.

CORREA, Adrián, “Importancia de la Eugenesia ante el criterio del Estado”, *Pasteur*, año VI, II:6, (1933), p.151.

CORREA, Adrián, “La Eugenesia y su importancia”, *Pasteur*, año IX, II:4 (1936), p. 73.

“Corresponde a los padres de familia la educación sexual de los pequeños”, *Excélsior*, 9 de junio, 1933, p.1.

CORTINA G. QUIJANO, Aurora, “Los congresos feministas de Yucatán en 1916 y su influencia en la legislación local y federal”, *Anuario Mexicano de Historia del Derecho*, X (1998), pp. 159-192.

CUETO, Marcos, “La salud internacional, la Guerra Fría y la erradicación de la malaria en México en la década de los años cincuenta del siglo XX”, en AGOSTONI, 2008, pp. 313-338.

CUETO, Marcos, “Los ciclos de la erradicación: la Fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana, 1918-1940”, en CUETO, 2000. pp. 179-201.

CUETO, Marcos (ed.), *Salud, cultura y sociedad en América Latina*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos-OPS, 2000.

CUMBERLAND, Charles Curtis, *La revolución mexicana: los años constitucionalistas*, FCE, México, 1983.

CUMMING, Hugh, “Social Hygiene and Public Health”, *Journal of Social Hygiene*, X:2 (1924), p. 65.

DE GARAY, A., “La Inspección de Sanidad debe suprimirse, la prostitución debe prohibirse”, *Pasteur*, año III, I:1 (1930), p. 310.

DE GARAY, A., “Apuntes sobre la profilaxia de las enfermedades venero sifilíticas en México”, *Primer Congreso Mexicano de Venereología*, México, Talleres Gráficos Editorial, 1925.

DE GIUSEPPE, Máximo, “El Tabasco racionalista frente a lo indígena: entre laboratorio social y experimentación cultural, 1922-1934”, *Historia Mexicana*, 61:2 (2011), pp. 643-706.

DE LOS REYES, Aurelio *et al.*, *80 años del cine en México*, UNAM, 1977.

DE LOS REYES, Aurelio, *Cine y sociedad en México. Bajo el cielo de México, 1920-1924*, vol. II, México, UNAM, IIE, 1993.

DEBAY, A., *Hygiène et physiology du mariage*, 75ª ed., París, E. Dentu, Libraire-editeur, 1874.

“Decreto de reorganización del Consejo de Educación Primaria del Distrito Federal”, *Diario Oficial de la Federación*, 27 de diciembre de 1932.

“Decreto por el cual se fijan los requisitos que deberán llenarse para la revalidación de estudios hechos en escuelas particulares”, *Diario Oficial de la Federación*, 11 de enero de 1932.

“Decreto que adiciona el Reglamento para el Ejercicio de la Prostitución”, *Diario Oficial de la Federación*, 24 de mayo de 1934, p. 317.

“Decreto que aprueba la adhesión del Gobierno Mexicano y la Convención Internacional para la Supresión de la Trata de Mujeres y de Menores firmada en Ginebra el 30 de septiembre de 1921”, *Diario Oficial de la Federación*, 17 de octubre de 1933.

“Decreto que aprueba la Convención Internacional relativa a la represión de la trata de mujeres mayores de edad”, *Diario Oficial de la Federación*, 09 de marzo de 1938.

“Decreto que promulga la Convención Internacional relativa a la represión de la trata de mujeres mayores de edad”, *Diario Oficial de la Federación*, 21 de junio de 1938.

“Decreto que reforma el artículo 22 del Reglamento de 14 de noviembre de 1929, por el cual se instituyó el Consejo de Educación Primaria del Distrito Federal”, *Diario Oficial de la Federación*, 14 de junio de 1932.

“Decreto que reforma el Código Penal”, *Diario Oficial de la Federación*, 14 de febrero de 1940.

“Decreto que reforma la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado, creando el Departamento de Publicidad y Propaganda”, *Diario Oficial de la Federación*, 31 de diciembre de 1936.

DEÍNOS, “Así sucede...”, *Mensajero de Salud*, I:5 (1922), pp. 4-5.

DEÍNOS, “Porvenir enigmático”, *Mensajero de salud*, I:10 (1922), pp. 4-5.

DEL CASTILLO TRONCOSO, Alberto, “Imágenes y representaciones de la niñez en México el cambio del siglo XIX al XX. Algunas consideraciones en torno a la construcción de una historia cultural”, *Cuicuilco*, 10:29 (2003), pp. 1-28.

DEL CASTILLO TRONCOSO, Alberto, “La polémica en torno a la educación sexual en la ciudad de México durante la década de los años treinta: conceptos y representaciones de la infancia”, *Estudios Sociológicos*, 8:52 (2000), pp. 203-226.

DEL CASTILLO TRONCOSO, Alberto, *Conceptos, imágenes y representaciones de la niñez en la Ciudad de México, 1880-1920*, México, El Colegio de México/Instituto Mora, 2006.

DELGADO JORDÁ, Ixchel, “Mujeres públicas bajo el Imperio: la prostitución en la ciudad de México durante el Imperio de Maximiliano 1864-1867”, Tesis Maestría en Historia, COLMICH, Centro de Estudios Históricos, 1998.

DEL PALACIO, Celia (coord.), *La prensa como fuente para la historia*, México, Universidad de Guadalajara/CONACYT/Miguel Ángel Porrúa, 2006.

DEPARTAMENTO DE PSICOPEDAGOGÍA E HIGIENE, *Cartilla de higiene escrita especialmente para la población indígena*, Publicaciones de la SEP, México, DF, Talleres Gráficos de la Nación, 1928.

DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD PÚBLICA, *Para las madres*, México, DAPP, 1939.

Diario de Debates, vol. II, Gobierno del estado de Querétaro, INEHRM, México, 1987.

Diario de los debates de la Cámara de Senadores del Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, año III, Periodo Ordinario, XXXVII Legislatura, t. IV, núm. 14, pp. 28-33.

DÍAZ LOMBARDO, Germán, “La campaña contra la sífilis”, *Medicina. Revista científica mensual de la Escuela Nacional de Medicina*, t. II, II:15 (1921), p. 68.

Diccionario Porrúa. Historia, Biografía y geografía de México, 5ª ed., México, Porrúa, 1986.

“Discurso Inaugural a cargo del Dr. Francisco Castillo Nájera”, *Primer Congreso Mexicano de Venereología*, México, Talleres Gráficos Editorial, 1925, p. 20.

“Discurso pronunciado el Sr. Dr. y Lic. Vicente Sánchez Gavito, al inaugurarse la Sociedad Sanitaria y Moral”, *La cruz blanca*, 1:1 (1908), p. 1.

“Discurso pronunciado por el doctor Bernardo Gastélum en el teatro principal de Toluca, al inaugurar la campaña nacional antivenérea”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 1 (1927), pp. 5-8.

“Dr. Ángel Brioso Vasconcelos”, *Eugenesia*, 2:33 (1933), pp. 23-24.

DRUIK, Zoë, “The International Educational Cinematograph Institute, Reactionary Modernism, and the Formation of Film Studies”, *Canadian Journal of Film Studies*, 16:1 (2007), pp. 80-97.

DUBLÁN, Manuel y José Ma. LOZANO (comps.), *Legislación mexicana o colección completa de las disposiciones legislativas expedidas desde la Independencia de la República*, México, Imprenta del Comercio de E. Dublán y Comp., t. XII, 1882.

DURÁN, “Labor de Sociedad Mexicana de Profilaxis Sanitaria y Moral en el año 1913”, *El amigo de la juventud*, 2ª época, 13 (1914), p. 1.

EARP, Rosslyn, “Responsibilities of Health Authorities to Prevent the Spread of Syphilis”, *American Journal of Public Health*, 24:11 (1934), p. 1106.

EBERWEIN, Robert, *Sex Ed. Film, Video and the Framework of Desire*, Rutgers University Press, Nueva Jersey/Londres, 1999.

ECHALAZ, Ernesto, *Breves consideraciones sobre el estado actual de la salubridad en la República Mexicana. Sugestiones para reformas básicas del sistema que nos rige*, México, 1936.

EGAN, R. Danielle y Gail HAWKES, *Theorizing the Sexual Child in Modernity*, Nueva York, Palgrave Macmillan, 2010.

“El crimen de la educación sexual”, *Excélsior*, 31 de mayo 1933, p. 5.

“El Dr. Gastélum rechaza los cargos que se han hecho al Código Sanitario. Declara que no es anticonstitucional y que mientras no se hizo cumplir, fue aceptado como bueno y se le censura en cuanto es aplicado con rigor”, *Excélsior*, junio 28 de 1926. Citado en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 3 (1926), pp. 226-227.

El Educador Católico. Libro de instrucciones y devociones. Obras Maestras de los Grandes Directores de la Vida Espiritual, San Francisco de Sales, Padre Lorenzo Scúpoli, Tomás de Kempis y otros. Con algunas cortas explicaciones de las ceremonias de nuestra Santa Madre la Iglesia, Editado por Word Publishing Company, Ontario Canadá, y George F. Ross y CA, México, Press of Historical Publishing Co., 1891.

El esfuerzo educativo en México. Memoria presentada por J. M. Puig Casauranc, México, SEP, t. I, 1929.

“El fracaso de la escuela primaria”, *Excélsior*, 16 de diciembre de 1933, p. 5.

“El jueves se exhibe *El precio de un desliz*”, *El Universal*, 20 de enero de 1934, p. 10.

“*El precio de un desliz* se exhibe en el Olimpia”, *El Universal*, 25 de enero de 1934, p. 2.

El Primer Congreso Feminista de Yucatán, Mérida, Taller Tipográfico del Ateneo Peninsular, 1916, Edición Facsímile, Infonavit, México, 1975.

“Enseñad higiene sexual”, *La cruz blanca*, I:25 (1911), p. 4.

“Epidemiología práctica de la sífilis”, *Boletín epidemiológico*, año I, I:8 (1938), p. 153.

“Es adversa la opinión de los padres a la educación sexual impartida por los profesores”, *Excélsior*, 30 de mayo de 1933, primera plana.

“Es necesario investigar la verdad en los desórdenes del sábado”, *El Universal*, 9 de abril de 1934, p. 3.

ESCAMILLA GARCÍA, Ana Paula, *Los paseos dominicales en Toluca durante el Porfiriato*, Toluca, UAEMEX, 2001.

ESPINOSA Y DE LOS REYES, Isidro, “El mejor tratamiento de las embarazadas sifilíticas”, *Primer Congreso Mexicano de Venereología*, México, Talleres Gráficos Editorial, 1925.

ESPINOSA, Víctor Manuel, “Datos biográficos del Dr. Isidro Espinosa de los Reyes”, *Boletín mexicano de historia y filosofía de la medicina*, 11:2 (2008), pp. 64-67.

ESQUIVEL SÁNCHEZ, Lucía Guadalupe, “Las horizontales entre cuadernillos. Lectura entre prostitutas en la ciudad de México (1872-1911)”, Tesis de Licenciatura en Historia, INAH, mayo de 2010.

ESTEVA, Roberto A., “El aspecto social de la declaración obligatoria de las enfermedades venéreas”, *Primer Congreso Mexicano de Venereología*, México, Talleres Gráficos Editorial, 1925.

ESTRADA URROZ, Rosalina, “¿Público o privado? El control de las enfermedades venéreas del porfiriato a la revolución”, *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 33 (2007), pp. 33-56.

ESTRADA URROZ, Rosalina, “Del mercurio al 606”, *Elementos: Ciencia y cultura*, 8:42 (2001).

ESTRADA URROZ, Rosalina, “La inevitable lujuria masculina, la natural castidad femenina”, en CHÁZARO y ESTRADA, 2005, pp. 117-144.

ESTRADA URROZ, Rosalina, “La lucha por la hegemonía francesa en la medicina mexicana: el caso de los medicamentos para combatir la sífilis”, *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, <http://nuevomundo.revues.org/3115> ; DOI : 10.4000/nuevomundo.3115.

“Excélsior y los profesores”, *Excélsior*, 1 de junio de 1933, p. 5.

“Exhibición de películas en la Campaña Antivenérea”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 3 (1927), p. 147.

EXNER, M. J., “What is ‘Social Hygiene?’”, *Journal of Social Hygiene*, XVI:2 (1930), p. 65.

FALCÓN, Romana “Veracruz: los límites del radicalismo en el campo (1920-1934)”, *Revista Mexicana de Sociología*, 41:3 (1979), pp. 671-698.

FAJARDO, Guillermo, Ana María CARRILLO, Rolando NERI VELA, *Perspectiva histórica de la atención a la salud*, México, Organización Panamericana de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, 2002.

FELL, Claude, *José Vasconcelos. Los años del águila, 1920-1925*, México, UNAM, 1989.

FERNÁNDEZ TALLEDO, Ernesto, “La blenorragia en el ejército”, *Primer Congreso Mexicano de Venereología*, México, Talleres Gráficos Editorial, 1925.

FERNÁNDEZ VERANO, A., “Acción desarrollada por la Liga Argentina de Profilaxis social en sus cuatro meses de existencia”, *Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía*, t. I, Montevideo, 1922, p. 152.

FERRI, Enrico, *Sociología criminal*, t. I, Madrid, Centro Editorial de Góngora, 2004.

FOUCAULT, Michel, *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI Editores, 1999.

FOUCAULT, Michel, *Historia de la sexualidad*, t. I, México, Siglo XXI Editores, 2005.

FOUCAULT, Michel, *Los anormales*, México, Fondo de Cultura Económica, 2000.

FOUCAULT, Michel, *Microfísica del poder*, Madrid, Ediciones Piqueta, 1979.

FOUCAULT, Michel, *Nacimiento de la biopolítica*, México, Fondo de Cultura Económica, 2007.

FOURNIER, Alfredo, *Para nuestros hijos cuando tengan 18 años. Consejos de un médico, traducidos por el Dr. Everardo Landa para la Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral de las Enfermedades venéreas*, Maracaibo, Imprenta El Propio Esfuerzo, 1912, p. 37.

GAMIO, Manuel, *Forjando Patria*, México, Porrúa, 1916.

GARCÍA ALCARAZ, María Guadalupe, “El Centro Jalisco de la Unión Nacional de Padres de Familia (UNPF) 1917-1965”, *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 1:2 (1996), pp. 439-460.

GARCÍA PEÑA, Ana Lidia, *El fracaso del amor. Género e individualismo en el siglo XIX mexicano*, México, COLMEX/UAEM, 2006.

GARCÍA, Samuel, “La moral social y sus relaciones con la moral médica en lo concerniente a la profilaxis contra las enfermedades venéreas”, *La cruz blanca*, I:5 (1909), p. 4.

GASTÉLUM, Bernardo, “La persecución de la sífilis desde el punto de vista de la garantía social”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 4 (1926).

GILBERT, Joseph y Daniel NUNGENT (eds.), *Everyday Forms of State Formation: Revolution and the Negotiation of Rule in Modern Mexico*, Duke University Press, 1994.

GIMÉNEZ, Ángel M., “La lucha antivenérea en la República Argentina”, *Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía*, t. I, Montevideo, 1922.

GINZBERG, Eitan, “Ideología, política y la cuestión de las prioridades: Lázaro Cárdenas y Adalberto Tejeda, 1928-1934”, *Estudios Mexicanos*, 13:1 (1997), pp. 55-85.

GÓMEZ JAUREGUI, Eduardo, “Anotaciones prácticas acerca de profilaxis de las enfermedades venéreas”, *Salubridad*, I:3 (1930), p. 576.

GÓNGORA ESCOBEDO, Álvaro, *La prostitución en Santiago. 1813-1931*, Santiago de Chile, 2ª ed., Editorial Universitaria Universidad Finis Terae, 1999.

GONZALBO, Pilar (coord.), *Amor e historia. La expresión de los afectos en el mundo de ayer*, México, El Colegio de México, 2013.

GONZALBO, Pilar y Mílada BAZANT (coords.), *Tradiciones y conflictos: historias de la vida cotidiana en México e Hispanoamérica*, México, El Colegio de México/El Colegio Mexiquense, 2007.

GONZALBO, Pilar (coord.), *Historia y Nación. I. Historia de la educación y enseñanza de la historia*, El Colegio de México, México, 1998.

GONZÁLEZ LLERENAS, Fidelina, “Reglamentación práctica de la prostitución en Guadalajara durante la segunda mitad del siglo XIX”, *Takwá*, 10 (2006), pp. 41-64.

GONZÁLEZ NAVARRO, Moisés, *Cristeros y agraristas en Jalisco*, vol. 2, México, El Colegio de México, 2001.

GONZÁLEZ URUEÑA, Jesús, “Sesión de aniversario”, *La cruz blanca*, 1:10 (1909), p. 2.

GONZÁLEZ URUEÑA, Jesús, “Sífilis hereditaria tardía”, *Gaceta Médica*, 3ª serie, III:5 (1908), pp. 307-314.

GONZÁLEZ-BLOCK, Miguel Ángel, “Génesis y articulación de los principios rectores de la salud pública de México”, *Salud Pública de México*, 32:3 (1990), pp. 337-351.

GORDON, Mel, “Erotica in the Service of Social Hygiene. Sexual Enlightenment Melodramas in Austro-Hungarian and Weimar German Cinema”, en CLINE y WEINER, 2010, pp. 3-9.

GORMAN, Daniel, “Empire, Internationalism, and the Campaign against the Traffic in Women and Children in the 1920s”, *Twentieth Century British History*, 19:2 (2008), pp. 186-216.

GRINGOIRE, Pedro, “El pulso de los tiempos. Resoluciones sobre educación sexual. Padres y maestros. ¿La escuela frente al hogar?”, *Excélsior*, 2 de junio, 1933, p. 5.

GUDIÑO, María Rosa, “Biografía de José María Rodríguez”, en Ludlow, 2010, pp. 559-563.

GUDIÑO, María Rosa, “Campañas de salud y educación higiénica en México, 1925-1960. Del papel a la pantalla grande”, Tesis Doctorado en Historia, El Colegio de México, 2009.

GUDIÑO, María Rosa, “Educación higiénica y consejos de salud para campesinos. El Sembrador y El Maestro Rural, 1929-1934”, en AGOSTONI, 2008, pp. 71-97.

GUDIÑO, María Rosa, MAGAÑA-VALLADARES, Laura y HERNÁNDEZ, Mauricio, “La Escuela de Salud Pública en México: su fundación y primera época, 1922-1945”, *Salud Pública de México*, 55:1 (2013), pp. 81-91.

GUERRA MANZO, Enrique, “Guerra cristera y orden público en Coalcomán, Michoacán (1927-1932)”, *Historia Mexicana*, LI:2 (2001), pp. 325-362.

GUERRA, Francisco, “La disputa sobre la sífilis. Europa versus América”, *Medicina e Historia. Revista de estudios histórico-informativos de la Medicina*, 2a época, 59 (1976).

GUTIÉRREZ, Luzelena (coord.), *Género y cultura en América Latina*, vol. II, El Colegio de México, 2003.

GUEVARA NIEBLA, Gilberto, *La educación socialista en México (1935-1945)*, México, SEP-Caballito, 1985.

GUISA Y AZEVEDO, Jesús, “Moral sexual y educación”, *Excélsior*, 29 de mayo, 1933, p. 5.

HACKETT, C. J., “On the Origin of the Human Treponematoses”, *Bulletin of the World Health Organization*, 29 (1963), pp. 7-41.

HARRISON, Faye V., “Expanding the Discourse on ‘Race’”, *American Anthropologist*, New Series, 100:3 (1998), pp. 609-631.

HAYES, Joy Elizabeth, *Radio Nation. Communication, Popular Culture and Nationalism in Mexico, 1920-1950*, The University of Arizona Press, 2000.

HERNÁNDEZ, Alicia, *La mecánica cardenista*, México, El Colegio de México, 1979.

“Inauguración de la Campaña Nacional Antivenérea”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 1 (1927), p. 162.

“Informe de los trabajos efectuados por nuestra Sociedad durante el año de 1921”, *El amigo de la juventud*, 2ª época, 58 (1922), p. 3.

“Informe del DSP para el mensaje presidencial del 1 de septiembre de 1927”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 3 (1927).

“Informe rendido por el C. Álvaro Obregón ante el H. Congreso de la Unión el día 1 de septiembre de 1921”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 2ª época, II: 1-6 (1922).

“International Congress Favors Films on Health and Social Hygiene”, *Journal of Social Hygiene*, XX:8 (1934), pp. 402-403.

JACKSON, Elena, “‘Comino Vence al Diablo’ and Other Terrifying Episodes: Teatro Guiñol's Itinerant Puppet Theater in 1930s Mexico”, *The Americas*, 67:3 (2011), pp. 355-374.

JACKSON, Elena, “Children of the Revolution: Constructing the Mexican Citizen, 1920-1940”, Tesis doctoral, Departamento de Historia, Universidad de Arizona, 2008.

JIMÉNEZ, Armando, *Cabarets de antes y de ahora en la ciudad de México*, México, Plaza y Valdez, 1997.

KATZ, Friedrich, “Villa and the Attack on Columbus, New Mexico”, *The American Historical Review*, 83:1 (1978), pp. 101-130.

KLEINSCHMIDT, H. E, “Educational Prophylaxis of Venereal Diseases”, *Journal of Social Hygiene*, V:1 (1919), pp. 27-40.

KNOWLTON, Robert J., “Some Practical Effects of Clerical Opposition to the Mexican Reform, 1856-1860”, *The Hispanic American Historical Review*, 45:2 (1965), pp. 246-256.

KUHN, Annette, *Cinema, Censorship and Sexuality, 1909-1925*, Nueva York, Routledge, 1988.

“La Beneficencia Española establece un consultorio gratuito para averiados”, *La cruz blanca*, t. 1, núm. 14, octubre 1909, p. 4.

“La campaña contra el vicio”, *El Universal*, 4 de abril de 1934, p. 2.

“La educación sexual en las escuelas corromperá sin remedio a los niños”, *Excélsior*, 29 de mayo, 1933, pp. 1 y 8.

“La educación sexual y el Lic. D. Ezequiel A. Chávez”, *Excélsior*, 7 de junio de 1933, p. 6.

“La exhibición de *El precio de un desliz*”, *El Universal*, 19 de enero de 1934, p. 3.

“La higiene y el matrimonio”, *El Universal Gráfico*, Sección de higiene a cargo de la Sección de Propaganda y Educación Higiénica del DSP, 8 enero de 1927, p. 8.

“La labor de agitación entre los maestros de las escuelas”, *El Universal*, 11 de enero de 1934, p. 8.

“La lucha contra el peligro venéreo”, *Pasteur*, 1930, p. 202.

“La nueva legislación antivenérea”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, I:2 (1938).

“La peligrosa dictadura sanitaria”, *El Universal*, junio 26 de 1926.

La profilaxis de la sífilis en el Consejo Superior de Salubridad, México, Imprenta Victoria, 1918.

“La Sanidad en México. Mensaje presidencial del Gral. Lázaro Cárdenas”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, XIII:3 (1934), pp. 202-223.

“La tragedia de José Sánchez”, *Mensajero de Salud*, t. I, núm. 3, p. 6.

“La Unión Nacional de Padres de Familia y la cuestión de la educación sexual”, *El Universal*, 28 de enero de 1934, primera plana.

LABRA, Jorge, “La preparación de los padres”, *Excélsior*, 3 de mayo de 1933, pp. 5 y 7.

LABRA, Jorge, “Los padres poblanos contra la educación sexual”, *Excélsior*, 9 de junio de 1933, p. 5.

LAGARDE Y DE LOS RÍOS, Marcela, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, 4ª ed., México, UNAM, 2005.

LANDA, Everardo, “Informe”, *Primer Congreso Mexicano de Venereología*, Talleres Gráficos Editorial, México, 1925, p. 29.

LANDA, Everardo, “La acción educativa del Departamento de Salubridad”, *Salubridad*, I:4 (1930), pp. 1088-1094.

LARA Y PARDO, Luis, *La prostitución en México*, México/París, Librería de la Vda. Bouret, 1908.

LASHLEY, Karl y John WATSON, *A Psychological Study of Motion Pictures in Relation to Venereal Disease Campaigns*, Washington, United States Interdepartmental Social Hygiene Board, 1922.

LAVALLE CARVAJAL, “Educación sexual precoz”, *La cruz blanca*, I:31 (1912), pp. 1-3.

LEAL, Juan Felipe, *El cinematógrafo y los teatros, Anales del cine en México, 1895-1911*, vol. 6, 1900: Segunda parte, Juan Pablos editor, Voyeur, 2009.

LERNER, Victoria. *La educación socialista en México*, El Colegio de México. Historia de la Revolución Mexicana, t.17, 1982.

“*Les avariés* traducida al español”, *Pasteur*, I:2, pp. 77-78.

“Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios Sanitarios en la República”, en el *Diario Oficial de la Federación*, sábado 25 de agosto de 1934, pp. 1015-1016.

“Ley de Matrimonio Civil del 23 de julio 1859”, en TENA, 2002, p. 642.

“Ley reglamentaria del artículo 130 de la Constitución federal”, *Diario Oficial de la Federación*, 18 de enero de 1927.

“Ley relativa a la prostitución y de profilaxis social”, *Gaceta Oficial. Órgano del Gobierno del Estado de Veracruz-Llave*, martes 12 de Enero de 1943.

Ley sobre relaciones familiares Expedida por el C. Venustiano Carranza, Primer Jefe del Ejército Constitucionalista, Encargado del Poder Ejecutivo de la Nación, Edición Oficial, Tipografía de la Escuela de Artes y Oficios del Estado Guadalajara, Jal., 1917.

LIMONCELLI, Stephanie, *The Politics of Trafficking. The First International Movement to combat the Sexual Exploitation of Women*, Standford University Press, 2010.

LIRA, Andrés y Anne STAPLES, “Del desastre a la reconstrucción republicana, 1848-1876”, *Nueva Historia general de México*, México, El Colegio de México, 2010.

LIRA, Carlos y Ariel RODRÍGUEZ KURI (coords.), *Ciudades mexicanas del siglo XX. Siete estudios históricos*, México, COLMEX, UAM-Azcapotzalco, Conacyt, 2009.

LOAEZA, Soledad, *Clases medias y política en México. La querrela escolar, 1959-1963*, México, El Colegio de México, 1999.

LÓPEZ RAZGADO, María Irma, “Las meretrices de Colima durante el porfiriato y la revolución, 1876-1917”, Tesis Maestría en Historia Regional, Universidad de Colima, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 2002.

LÓPEZ, Carlos, “De perfeccionar el cuerpo a limpiar la raza: sobre la sangre y la herencia (c. 1750- c. 1870)”, *Relaciones*, 23:91 (2002), pp. 235-280.

LÓPEZ, Carlos, *El sesgo hereditario: ámbitos históricos del concepto de herencia biológica, México*, UNAM, 2004.

LORD, Alexandra, *A Condom Nation. The US Government's Sex Education Campaign from World War to the Internet*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 2009.

“Los amparos contra el Código Sanitario”, *El sol*, julio 12 de 1926.

LOYO, Martha Beatriz, *Joaquín Amaro y el proceso de institucionalización del ejército mexicano, 1917-1931*, México, FCE, UNAM, 2003.

LOYO, Engracia, “¿Escuelas o empresas? Las centrales agrícolas y las regionales campesinas (1926-1934)”, *Estudios Mexicanos*, 20:1 (2004), pp. 69-98.

LOYO, Engracia, “La empresa redentora. La Casa del Estudiante Indígena”, *Historia Mexicana*, XLVI:1 (1996), pp. 99-131.

LOYO, Engracia, “Lectura para el pueblo, 1921-1940”, *Historia Mexicana*, 33:3, (1984), 298-345.

LOYO, Engracia, “Los mecanismos de la ‘federalización’ educativa, 1921-1940”, “Los mecanismos de la federalización educativa, 1921-1940”, en GONZALBO, 1988, pp. 113-135.

LOYO, Engracia, “Popular Reactions to the Educational Reforms of Cardenismo”, en BEEZLEY, ENGLISH y FRENCH, 1999, pp. 247-260.

LOYO, Engracia, *Gobiernos revolucionarios y educación popular en México, 1911-1928*, México, El Colegio de México, 1999.

LOYO, Engracia, *Historia mínima de la educación en México*, México, COLMEX, 2010.

Lucha antivenérea, Oficina Sanitaria Panamericana, Washington D.C., 1936.

LUDLOW, Leonor (coord). *200 emprendedores mexicanos. La Construcción de una Nación*. México, LID, 2010.

LUNA, Matilde, “La administración estatal y el régimen político”, *Revista Mexicana de Sociología*, 50:3, (1988), pp. 247-268.

MAC GREGOR, Josefina (coord.), *Miradas sobre la nación liberal: 1948. Proyectos, debates y desafíos*, Libro 2. formar e informar: la diversidad cultural, México, UNAM, 2010.

MACÍAS, Anna, *Against all Odds: The Feminist Movement in Mexico to 1940*, Greenwood Publishing Group, 1982.

MACÍAS, Anna, *Contra viento y marea. El movimiento feminista en México hasta 1940*, México, UNAM, 2002.

MÁRQUEZ MORFÍN, Lourdes, “La sífilis y su carácter endémico en la ciudad de México”, *Historia Mexicana*, LXIV:3, 2015, pp. 1099-1161.

MARTÍNEZ ASSAD, Carlos, *Breve Historia de Tabasco*, México, COLMEX/FCE, 2006.

MARTÍNEZ ASSAD, Carlos (comp.), *Los lunes rojos. La educación racionalista en México*, México, SEP, Ediciones El Caballito, 1986.

MARTÍNEZ BAEZ, Manuel, “La reglamentación de la prostitución no debe ser abolida”, México, 1930. Citado en “La nueva legislación antivenérea”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, I:2 (1938), p. 133.

MARTÍNEZ, Aída y Pablo RODRÍGUEZ (coords.), *Placer, dinero y pecado. Historia de la prostitución en Colombia*, Bogotá, Aguilar, 2002.

MEDINA DOMÉNECH, Rosa, “Eugenesia y formas de hacer historia. Cuestiones para el debate”, *Dynamis*, 24 (2004), pp. 291-305.

MEDINA, Carlos, “El club de media noche Waikiki: un cabaret de ‘época’ en la ciudad de México, 1935-1954”, Tesis de Maestría en Historia, IHH-UNAM, 2010.

MEDIN, Tzvi, *El Minimatismo presidencial: Historia política del Maximato, 1928-1935*, México, Ediciones Era, 2003.

MEJÍA BARQUERA, Fernando, “El Departamento Autónomo de Prensa y Publicidad (1937-1939)”, *Revista Mexicana de Comunicación*, 2 (1988), pp. 46-49.

Memoria de la Secretaría de Educación Pública, 1936-1937, t. I, México, DAPP, 1937.

Memoria de los trabajos realizados por el Departamento de Salubridad Pública 1925-1928, México, Ediciones del DSP, 1928.

Memoria relativa al estado que guarda el Ramo de Educación Pública, 1933, t. I, México, Talleres Gráficos de la Nación.

Memoria relativa al estado que guarda el Ramo de Educación Pública, 1934, t. I, México, Talleres Gráficos de la Nación.

MENA, José de la Luz, “Sólo la Escuela Racionalista educa. Declaración de principios, fundamentos científicos y consecuencias sociales de esta escuela”, en MARTÍNEZ ASSAD, 1986 pp. 119-141.

MESA Y GUTIÉRREZ, José, *Educación sexual: qué es, quién debe darla, cómo debe darse*, México, El Libro Bueno, 1933.

“Mexican Medical Law likely to decrease Legal Marriages”, *New York Times*, 12 de octubre de 1922.

México en cifras, México, Dirección General de Estadísticas, 1934.

MEYER, Jean, *La Cristiada. El Conflicto entre la Iglesia y el Estado*, t. II, México, Siglo XXI, 2007.

MEYER, Lorenzo, “La Revolución Mexicana y sus elecciones presidenciales: una interpretación (1911-1940)”, *Historia Mexicana*, 32:2 (1982), pp. 143-197.

MEZA, Ivonne, “De la Universidad al campo: El establecimiento del servicio médico social en la Universidad Autónoma de México”, *Historia Mexicana*, LXIV:2 (2014), pp. 607-644.

MIRANDA, Francisco de P., “Evolución de la sanidad en México”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 9:3 (1930), p. 235-236.

MIRANDA, Francisco de P., Sin título, *Salubridad*, 5:1 (1934), p. 7.

MOLINA ENRÍQUEZ, Andrés, *Los grandes problemas nacionales*, México, Impr. de A. Carranza e hijos, 1909.

MOLL, Arístides A., “Las obras sanitarias de protección a la infancia en las Américas”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, (1935), pp. 1040-1055.

MONJARÁS, J. E., “Acción del individuo, de la sociedad y del gobierno en la profilaxis de las enfermedades venéreas”, *Primer Congreso Mexicano de Venereología*, México, Talleres Gráficos Editorial, 1925.

MORABIA, Alfredo (ed.), *A History of Epidemiologic Methods and Concepts*, Birkhäuser, 2004.

MORROW, Prince E., *The Teaching of Sex Hygiene*, Nueva York, The American Federation for Sex Hygiene, 1912.

“Nada tiene que ver la educación sexual. La película *El precio de un desliz* no es inmoral ni grosera”, *El Universal*, 9 de enero de 1934, p. 8

“Necesidad urgente de educación sexual”, *La cruz blanca*, I:27 (1911).

“New Marital Bill is Discussed”, *New York Times*, 19 de diciembre de 1937.

NEWSHOLME, Arthur, “The Moral Aspects of Social Hygiene”, *Journal of Social Hygiene*, X:9 (1924), p. 513.

“No da garantías a los padres la Junta de Educación Sexual”, *Excélsior*, 10 de junio de 1933, p. 1.

“Notas breves”, *La cruz blanca*, I:26 (1911), p. 4.

NÚÑEZ BECERRA, Fernanda, “Los secretos para un feliz matrimonio. Género y sexualidad en la segunda mitad del siglo XIX”, *Estudios de historia moderna y contemporánea de México*, 33 (2007), pp. 5-32.

NÚÑEZ BECERRA, Fernanda, “El papel del hospital en el control sanitario de la prostitución”, *Elementos*, 42 (2001), pp. 55-58.

NÚÑEZ BECERRA, Fernanda, “Motines en el San Juan de Dios. La resistencia de las prostitutas al control médico en el México decimonónico”, en CHÁZARO, 2002.

NÚÑEZ BECERRA, Fernanda, *La prostitución y su represión en la ciudad de México (siglo XIX). Prácticas y representaciones*, Barcelona, Gedisa, 2002.

NÚÑEZ, Bernardo, “El certificado médico prenupcial desde el punto de vista social”, *Puericultura*, II:13 (1931), pp. 21-22.

OCAMPO, Aurora (dir.), *Diccionario de escritores mexicanos*, IIF-UNAM, México, 1993. pp. 150-151.

OCARANZA, Fernando, “La sífilis como causa de perturbaciones sociales y económicas”, *Revista Mexicana de Venereodermosifilografía*, I:4-5 (1936), pp. 69-70.

OJEDA FALCÓN, Ramón, “Campaña pro higiene social”, *Salubridad*, I (1930), pp. 517-520.

ORELLANA, Laura, “‘La mujer del porvenir’. Raíces intelectuales y alcances del pensamiento feminista de Hermila Galindo, 1915-1919”, *Signos históricos*, 5 (2001), pp. 109-137.

OROZCO ACUAVIVA, Antonio, “Patología constitucional y heredopatología”, en ALBARRACÍN, 1987, pp. 325-333.

ORTEGA, R., “Profilaxis venérea. Medios prácticos de fácil aplicación y de pronto resultados”, *Gaceta Médica*, 3ª serie, IV:5 (1909).

“Otra vez la amenaza de la educación sexual”, *Excelsior*, 20 de mayo de 1933, p. 5.

PALACIOS, Guillermo, *La pluma y el arado. Los intelectuales pedagogos y la construcción socio-cultural del “problema campesino” en México, 1932-1934*, México, COLMEX/CIDE, 1999.

PANI, Alberto J., *La Higiene en México*, México, Imprenta de J. Balleca, 1916.

PAOLI, Francisco y Enrique MONTALVO, *El socialismo olvidado de Yucatán*, México, Siglo XXI, 1977.

PARASCANDOLA, John, *Sex, Sin and Science: A History of Syphilis in America*, Westport, Conn, Praeger, 2008.

PARCERO, Ma. de la Luz, *Condiciones de la mujer en México durante el siglo XIX*, México, INAH, 1992.

PARENT-DUCHÂTELET, Alexandre, *De la prostitution dans la ville de Paris*, t. II, París, Chez le J.B. Bailliére, 1837.

PARRAN, Thomas y Linda USILTON, “The Extent of the Problem of Gonorrhoea and Syphilis in the United States”, *Journal of Social Hygiene*, XVI:1 (1930), pp. 31-42.

PATRÓN PENICHE, Prudencio, *La educación sexual: breve estudio*, México, Talleres Tipográficos de Tenoxtitlán, 1933.

PICCATO, Pablo, *Ciudad de sospechosos: crimen en la Ciudad de México 1900-1931*, México, CIESAS/CONACULTA, 2010.

PILATOWSKY, Priscila, “‘Para dirigir la acción y unificar el pensamiento’. Propaganda y Revolución en México, 1936-1942”, Tesis doctoral Historia, El Colegio de México, 2014.

PINEDA, Adriana, Luciano RAMÍREZ, Alain LUÉVANO (coords.), *Miradas sobre la prensa en el siglo XX*, Red de Historiadores de la Prensa y el Periodismo en Iberoamérica/ Universidad Autónoma de Aguascalientes, 2014.

PINNEY, Jean, B., “The Motion Picture and Social Hygiene Education”, *The Journal of Educational Sociology*, 10:3 (1936).

PÍO XI, “Encíclica Casti Connubii”, *El matrimonio cristiano*, Madrid, Ed. Razón y Fe, 1931.

PÍO XI, Encíclica “Iniquis Afflictisque”, 1926.

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 general de educación e instrucción sexual aprobado por la Comisión Técnica Consultiva de la Sociedad Eugénica Mexicana”, *Eugenesia*, 26 (1933), p. 8.

“Plan sexenal del DSP (1940-1946)”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, IX:10 (1940), p. 958.

Plan sexenal del Partido Nacional Revolucionario, México, 1934.

POOLE, Deborah (ed.), *A Companion to Latin American Anthropology*, Blackwell Publishing, 2008.

“Por la Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral de Profilaxis de las enfermedades venéreas”, *El amigo de la juventud*, 2ª época, 67 (1922), p. 4.

PORTA, Miquel (ed.), *A Dictionary of Epidemiology*, International Epidemiological Association, Oxford University Press, 6a edición, 2014.

POUS CHÁZARO, “Informe del Secretario General del Congreso”, *Primer Congreso Mexicano de Venereología*, México, Talleres Gráficos Editorial, 1925.

“Precio de un desliz mereció aprobación”, *El Universal*, 26 de enero 1934, p. 7.

“Primer Aniversario”, *Boletín Epidemiológico*, año I, I:12 (1938), p. 244.

“Primer Congreso Feminista de Yucatán”, *Diario Oficial del Gobierno Constitucionalista del Estado de Yucatán*, XIX:5580, pp. 285-287.

PROUBASTA, R., “Consideraciones clínicas acerca de la vulvo-vaginitis blenorragica en las niñas”, *Revista Médica*, XII:9 (1899), pp. 206-213.

PRUNEDA, Alfonso, “El médico y la educación sexual”, *Gaceta Médica de México*, (1934), pp. 35-48.

PRUNEDA, Alfonso, “Higiene y educación”, *Gaceta Médica de México*, LX:4 (1929), p. 140.

PRUNEDA, Alfonso, “La SEP de México y la difusión de la higiene”, *Pasteur*, año II, I:2 (1929), p. 53.

PUJOL ROSAS, Rebeca y Eduardo J. TORRES MALDONADO, “El sistema constitucional, legal y reglamentario del turismo en México: una radiografía de la evolución institucional y la política legislativa turística”, *Anales de Jurisprudencia*, 6ª época, 2ª etapa, 247 (2000), pp. 375-396.

QUEVEDO, José, “El movimiento Psicoanalítico en México”, *Pasteur*, I:2 (1932).

QUILODRÁN, Julieta, *Un siglo de matrimonio en México*, México, El Colegio de México, 2001.

QUINTANILLA, Susana y Mary Kay VAUGHAN, *Escuela y sociedad en el periodo cardenista*, México, FCE, 1997.

QUIRÓS RODILES, Adrián, *Breve historia del Hospital Morelos*, México, 1933.

RABY, David L. y Martha DONÍS, “Ideología y construcción del Estado: la función política de la educación rural en México: 1921-1935”, *Revista Mexicana de Sociología*, 51:2 (1989), pp. 305-320.

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*, 3ª época, III:4 (1896), p. 89.

RAMOS ESCANDÓN, Carmen (comp.), *Género e historia: la historiografía sobre la mujer*, México, Instituto Mora, 1997.

RAMOS ESCANDÓN, Carmen, “Mujeres positivas: los retos de la modernidad en las relaciones de género y la construcción del parámetro femenino en el fin de siglo mexicano, 1880-1910”, en AGOSTONI, y SPECKMAN, 2001.

“Reformas a la Ley de Secretarías y Departamentos de Estado”, *Diario Oficial de la Federación*, 30 de diciembre de 1939.

“Reformas a los códigos Sanitario, Penal y del Registro Civil”, *Diario Oficial del Gobierno Socialista del Estado de Yucatán*, XXX:8964 (1927), p. 1.

“Reglamento de hoteles y casas de huéspedes en el Distrito Federal”, *Diario Oficial de la Federación* (1934), p. 283.

Reglamento de la prostitución, Morelia, Tipografía de la Escuela de Artes, 1923.

“Reglamento de la Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas”, *La cruz blanca*, I:5 (1909), p. 5.

Reglamento de tolerancia aprobado por el Ayuntamiento de Chihuahua el 11 de diciembre de 1927, Imprenta del Gobierno de Chihuahua, 1927.

“Reglamento interior del Consejo de Educación Primaria del Distrito Federal”, *Diario Oficial de la Federación*, 25 de febrero de 1933.

Reglamento para el ejercicio de la prostitución en el Distrito Federal, México, Imprenta del Gobierno Federal, 1914.

“Reglamento para el ejercicio de la prostitución”, en *Diario Oficial de la Federación*, 14 de abril de 1926.

“Reglamento para la Campaña contra las Enfermedades Venéreas”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, III:2 (1940), pp. 225-230. En el *Diario Oficial de la Federación*, 8 de febrero de 1940.

“Reglamento para la elección de representantes de los maestros en el Consejo de Educación Primaria del Distrito Federal”, *Diario Oficial de la Federación*, 23 de febrero de 1933.

RÍOS DE LA TORRE, Guadalupe, “La idea de la mujer a través de la prensa porfiriana”, en MONTIEL, 2006.

RIVERA CASTRO José, *La clase obrera en la historia de México en la presidencia de Plutarco Elías Calles (1924-1928)*, Ed. Siglo XXI, 1996.

RODRÍGUEZ DE ROMO Ana Cecilia y Martha Eugenia PÉREZ, “Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX”, *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, 3 (1998), pp. 293-310.

RODRÍGUEZ KURI, Ariel, *Historia del desasosiego: la revolución en la ciudad de México, 1911-1922*, México, El Colegio de México, 2010.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban, “El concepto social de la enfermedad”, en ALBARRACÍN, 1987, pp. 340-349.

ROJAS AVENDAÑO, Octavio, “Misión Nacional Antivenérea”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 1 (1928), p. 162.

ROSE, Mark, “Origins of Syphilis”, *Archaeology*, 50:1 (1997).

ROTHSCHILD, Bruce M, “History of Syphilis”, *Clinical Infectious Diseases*, 40 (2005).

RUIZ FUNES, Mariano, "La defensa social, el delito y el peligro", *Revista mexicana de sociología*, 15:2 (1953).

RUIZ MONTIEL, J., "¿Es de resultados prácticos la propaganda escrita del Departamento de Salubridad?", *Salubridad*, I:4 (1930), pp. 116-117.

RUIZ, Tania Celina, "El Departamento Autónomo de Prensa y Publicidad; Construyendo la nación a través del cine documental en México (1937-1939)", Tesis doctoral Historia, IIH-UMSNH, 2012.

SAADE GRANADOS, Marta, "¿Quiénes deben procrear? Los médicos eugenistas bajo el signo social (México, 1931-1940)", *Cuicuilco*, 11:31 (2004), pp. 1-36.

SAAVEDRA, Alfredo, "Historia del movimiento eugenésico en México", *Pasteur*, año, VIII, I:I (1935).

SAAVEDRA, Alfredo, *Eugenesia y medicina social*, México, 1934.

SAAVEDRA, Alfredo, *México en la educación sexual, de 1860 a 1959*, México, B. Costa-Amic, 1967.

SADOUL, Georges, *Historia del cine mundial*, México, Siglo XXI, 1991.

SALMERÓN CASTRO, Alicia, "Un general agrarista en la lucha contra los cristeros. El movimiento en Aguascalientes y las razones de Genovevo de la O", *Historia Mexicana*, 44:4 (1995), pp. 537-579.

"Salubridad hace propaganda en el público (rectificación)", *El País*, abril 20 de 1926, citado en *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 1-2 (1926), p. 408.

SÁNCHEZ GAVITO, Vicente, "Discurso Inaugural", *La cruz blanca*, 1:1 (1908), pp. 2-3.

SÁNCHEZ RÍOS, Feliciano, "Estudio crítico del certificado médico prenupcial", *Puericultura*, 1:2 (1950), p. 47.

SANTIAGO ANTONIO, Zoila, "Los niños en la historia. Los enfoques historiográficos de la infancia", *Takwá*, 11-12 (2007), pp. 31-50.

SCHAEFER, Eric, "*Bold! Daring! Shocking! True!*": *A History of Exploitation Films, 1919-1959*, Duke University Press, 2001.

SCHELL, Patience A., *Church and State Education in Revolutionary Mexico City*, The University of Arizona Press, 2003.

SCOTT, James, *Domination and the Arts of Resistance*, Yale University Press, 1990.

SCOTT, James, *Weapons of the weak. Everyday Forms of Peasant Resistance*, Yale University Press, 1985.

“Se llegará hasta la huelga escolar para defender a los niños”, *Excélsior*, 12 de junio de 1933, primera plana.

“Se recomienda la educación sexual. Resoluciones a que ha llegado ya la Comisión”, *Excélsior*, 27 de mayo de 1933, primera plana.

Segundo Congreso Sudamericano de Dermatología y Sifilografía, t. I, Montevideo, 1922.

SEGURA ALBITER, Alfonso, “A las muchachas casaderas y las madres”, *El Sembrador*, p. 15.

“Séptimo Congreso Panamericano del Niño”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, enero de 1936, pp. 23-25.

“Servicio de Demografía, Ejercicio de la Medicina y Propaganda y Educación Higiénicas”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 3 (1926).

“Servicio de Propaganda y Educación Higiénicas”, *Boletín del Departamento de Salubridad*, 1-2 (1926), pp. 375-382.

Sesión de la Cámara de Diputados efectuada el día 27 de abril de 1938, Periodo Extraordinario, XXXVII Legislatura, año I, II:7.

Sesión de la Cámara de Diputados efectuada el día 26 de diciembre de 1939, año III, Periodo ordinario XXXVII Legislatura, VI:29.

Sesión de la Cámara de Diputados efectuada el día 28 de septiembre de 1937, Periodo Ordinario, XXXVII Legislatura, año I, I:13.

SHATTUCK, George C. and Collaborators, *The peninsula of Yucatán. Medical, Biological, Meteorological and Sociological Studies*, Washington, Carnegie Institution of Washington, 1933.

SIMPSON, Ruby M., Barbara ROSS HANNA, George HANNA y Anna E. WELLS, “Public Health Nursing: Principles and Methods of Publicity in Health Education”, *Canadian Public Health Journal*, 23:9 (1932), pp. 442-447.

SIUROB, José, “La nueva orientación de los servicios de Salubridad Pública”, *Salubridad*, vol. VI, núm. 1, enero-diciembre de 1935 y enero-junio de 1936.

SIUROB, José, “La sanidad en México”, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año XV, núm. 12, diciembre de 1936, pp. 1137-1145.

SIUROB, José, “La sanidad en México”, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año XVI, núm. 8, agosto de 1937..

SIUROB, José, “La sanidad en México”, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año XX núm. 7, junio 1941.

SIUROB, José, “Principios que profesa y practica el DSP en favor de la infancia”, Salubridad, vol. VI, núm. 1, enero-diciembre de 1935 y enero-junio de 1936, pp. 11-12.

SMEDLEY, Audrey, “‘Race’ and the Construction of Human Identity”, *American Anthropologist*, New Series, 100:3 (1998), pp. 690-702.

SMITH, Stephanie, “‘Si el amor esclaviza ¡maldito sea el amor!’... El divorcio y la formación del estado revolucionario en Yucatán”, en CANO, OLCOTT y VAUGHAN, 2009, pp. 153-171.

Sociedad de Naciones, *Actes de la Conférence Internationale de la traite de femmes et des enfants*, Génova, Series of League of Nations Publications, 1921.

Sociedad de Naciones, *Records of the Diplomatic Conference concerning the Suppression of Traffic in Women of Full Age*, Génova, Series of League of Nations Publications, 1933.

Sociedad de Naciones, *Summary of Annual Reports for 1932-1933*, Series of League of Nations Publications, 1934.

Sociedad de Naciones, *Summary of Annual Reports for 1933-1934*, Series of League of Nations Publications, 1935.

Sociedad de Naciones, *Summary of Annual Reports for 1934-1935*, Series of League of Nations Publications, 1936.

Sociedad de Naciones, *Summary of Annual Reports for 1935-1936*, Series of League of Nations Publications, 1937.

Sociedad de Naciones, *Summary of Annual Reports for 1936-1937*, Series of League of Nations Publications, 1938.

Sociedad de Naciones, *Summary of Annual Reports for 1938-1939*, Series of League of Nations Publications, 1940.

“Solamente hoy y mañana se exhibirá *El precio de un desliz*”, *El Universal*, 30 de enero de 1934, p. 5.

SORDO NORIEGA, Antonio, "Utilidad del certificado médico prenupcial", *Puericultura*, t. II, núm. 20, junio de 1932, p. 82.

SOSENSKI, Susana, *Niños en acción: el trabajo infantil en la ciudad de México, 1920-1934*, México, El Colegio de México, 2010.

SOSENSKI, Susana, "Diversiones malsanas: el cine y la infancia en la ciudad de México en la década de 1920", *Secuencia*, 66 (2006), pp. 37-64.

SOSENSKI, Susana, "Entre prácticas, instituciones y discursos: trabajadores infantiles en la Ciudad de México (1920-1934)", *Historia Mexicana*, 60:2 (2010), pp. 1229-1280.

SOSENSKI, Susana, "Niños limpios y trabajadores. El teatro guiñol posrevolucionario en la construcción de la infancia mexicana", *Anuario de Estudios Americanos*, 67:2, (2010), pp. 493-518.

SOTO, Juan, *La educación sexual en la escuela mexicana. Libro para los padres y los maestros*, México, Editorial Patria, 1933.

SOTO, Rafael, "Algunas consideraciones sobre sífilis ingénita", *Puericultura*, IV:65 (1936).

SPECKMAN, Elisa, Claudia AGOSTONI y Pilar GONZALBO (coords.), *Los miedos en la historia*, México, El Colegio de México, IIH, UNAM, 2009.

STEPAN, Nancy, *"The Hour of Eugenics". Race, Gender, and Nation in Latin America*, Ithaca y Londres, Cornell University Press, 1991.

STERN, Alexandra, "From Mestizophilia to Biotypology. Racialization and Science in Mexico, 1920-1960", en APPELBAUM, MACPHERSON, ROSEMBLATT, 2003, pp.187-210.

STERN, Alexandra, "Madres conscientes y niños normales: la eugenesia y el nacionalismo en el México Posrevolucionario, 1920-1940", en CHÁZARO, 2002.

STERN, Alexandra, "Mestizofilia, biotipología y eugenesia en el México posrevolucionario: hacia una historia de la ciencia y el Estado, 1920-1960", *Relaciones*, 21:81 (2000), pp. 57-92.

STOLCKE, Verena, "La 'naturaleza' de la nacionalidad", *Desarrollo Económico*, 40:157, (2000), pp. 23-43.

STOLCKE, Verena, "Talking Culture: New Boundaries, New Rhetorics of Exclusion in Europe", *Current Anthropology*, 36:1 (1995), pp. 1-24.

SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, Laura, "La influencia de la Sociedad Eugénica Mexicana en la educación y en la medicina social", *Asclepio*, LI:2 (1999), pp. 51-84.

SUÁREZ Y LÓPEZ GUAZO, Laura, *Eugenesia y racismo en México*, México, UNAM, 2005.

SWITALLA, Alphonse M., “The Aims and Achievements of Social Hygiene”, *Journal of Social Hygiene*, 15:1 (1929).

TELLO, Manuel, “Algunos aspectos de la participación de México en la Sociedad de Naciones”, *Foro Internacional*, 6:2-3 (1966), pp. 358-383.

TENA RAMÍREZ, Felipe, *Leyes fundamentales de México, 1808-2002*, México, Porrúa, 2002.

TERRÉS, José, “Discurso pronunciado por su autor en la solemne inauguración”, *La cruz blanca*, 1:1 (1908), p. 4.

TERRÉS, José, “Nuevo consejo directivo”, *La cruz blanca*, I:14 (1910), p. 2.

“The American Social Hygiene Association Withdraws from Sponsorship of Damaged Lives”, *Journal of Social Hygiene*, XX:8 (1934), pp. 401-402.

THOMALLA, Curt, “The Development of the Medical Film and those dealing with Hygiene and General Culture in Germany”, *International Review of Educational Cinematography*, I: 4 (1929).

THOMSON, Ellen Mazur, ““The Science of Publicity””: An American Advertising Theory, 1900-1920”, *Journal of Design History*, 9:4 (1996), pp. 253-272.

THOMSON, Ellen Mazur, ““The Science of Publicity””: An American Advertising Theory, 1900-1920”, *Journal of Design History*, 9:4 (1996), pp. 253-272.

TORRES AGUILAR, Morelos, *Cultura y revolución: la Universidad Popular Mexicana, 1912-1920*, México, UNAM, 2009.

TORRES SEPTIÉN, Valentina, “‘Bendita sea tu pureza’: relaciones amorosas de los jóvenes católicos en México, (1940-1960)”, GONZALBO y BAZANT, 2007.

TORRUBIANO RIPOLL, Jaime, *Teología y eugenesia*, Madrid, J. Morata, 1929.

TRENS, Manuel B., “El certificado medico prenupcial”, *Eugenesia*, 13 (1932), pp. 2-4.

TROCHON, Yvette, *Las mercenarias del amor. Prostitución y modernidad en el Uruguay (1880-1932)*, Uruguay, Taurus, 2003.

TUCK, Jim, *The Holy War in Los Altos. A Regional Analysis of Mexico's Cristero Rebellion*, University of Arizona, 1982.

TUÑÓN, Julia, *Enjaular los cuerpos. Normativas decimonónicas y feminidad en México*, México, El Colegio de México, 2008.

ULLOA, Bertha, “La lucha armada (1911-1920)”, *Historia general de México*, El Colegio de México, 2004.

“Un problema a discusión. Carta del Dr. Alfonso R. Ochoa a Pedro Gringoire”, *Excélsior*, 10 de mayo 1933, p. 6.

“Una campaña sanitaria en toda la República se iniciará este mes en el Estado de México”, *El Universal*, 1 de enero de 1927, p. 9.

URÍAS HORCASITAS, Beatriz, “De moral y regeneración: el programa de ‘ingeniería social’ posrevolucionario visto a través de las revistas masónicas mexicanas, 1930-1945”, *Cuicuilco*, 11:32 (2004), pp. 87-119.

URÍAS HORCASITAS, Beatriz, “Degeneracionismo e higiene mental en el México posrevolucionario (1920-1940)”, *Frenia*, IV:2 (2004), pp. 34-67.

URÍAS HORCASITAS, Beatriz, “Eugenesia e ideas sobre las razas en México, 1930-1950”, *Historia y grafía*, 17 (2001), pp. 171-205.

URÍAS HORCASITAS, Beatriz, “Las ciencias sociales en la encrucijada del poder: Manuel Gamio (1920-1940)”, *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.

UZETA, H, “Algunas consideraciones acerca de la campaña antivenérea”, *Salubridad*, I:3 (1930), p. 528.

VASCONCELOS, José, *Raza Cósmica*, Buenos Aires, 2ª. Ed, Espasa-Calpe, 1948.

VAUGHAN, Mary Kay, *La política cultural en la revolución. Maestros, campesinos y escuelas, 1920-1940*, México, SEP/FCE, 2000.

VAUGHAN, Mary Kay y Stephen LEWIS (coords.), *The Eagle and the Virgin. Nation and Cultural Revolution in Mexico, 1910-1940*, Duke University Press, 2005.

VELÁZQUEZ ANDRADE, Manuel, “El Problema sexual en la escuela”, *La cruz blanca*, I:25 (1911), p. 3.

VELÁZQUEZ, Rosalía, “La radiodifusión mexicana: encuentro con su pasado (1923-1945)”, en MAC GREGOR, 2010.

VERGARA, Anastasio, “Los conceptos de la herencia en la tuberculosis y en la sífilis”, *Puericultura*, IV:41 (1934), p. 621.

VILLALOBOS, Samuel, “Algo más sobre certificado médico prenupcial”, *Eugenesia*, 20 (1932), p. 7.

VILLANUEVA, Aquilino, “La sanidad en México”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 9:9 (1930), p. 565.

VILLEGAS MORENO, Gloria y Miguel Ángel PORRÚA VENERO (coords.), “De la crisis del modelo borbónico al establecimiento de la República Federal”, *Enciclopedia Parlamentaria de México*, Instituto de Investigaciones Legislativas de la Cámara de Diputados, LVI Legislatura, México, 1997, serie III, vol. I, t. III.

VILLELA, Enrique y Francisco REYES, “Algunas ideas sobre Campaña Antivenérea Rural”, *Boletín de Salubridad e higiene*, II:5 (1939), p. 337.

VILLELA, Enrique, “Informe relacionado con la Campaña Antivenérea Cooperativa”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 6:3 (1943), pp. 275-285.

VILLELA, Enrique, “La Liga Nacional contra el Peligro Venéreo”, *Boletín de Salubridad e Higiene*, II:6 (1939), pp. 519-526.

VONDERLEHR, R. A. y Philip BOUGHTON, “Syphilis in Pictures”, *Journal of Social Hygiene*, XXIII:7 (1937), pp. 343-344.

WADE, Peter, “Race in Latin America”, POOLE, 2008.

WADE, Peter, *Race and Sex in Latin America*, Pluto Press, 2009.

WALTERS, Francis P., *Historia de la Sociedad de Naciones*, Madrid, Tecnos, 1971.

WILLCOX, R. R., “Evolutionary Cycle of the Treponematoses”, *British Journal of Venereal Diseases*, 36 (1960), pp. 70-91.

WOLFSON, Isaac, *Dos cines en la vida de Puebla en el siglo XX. El Variedades y El Coliseo*, Puebla, H. Ayuntamiento de Puebla, 2006.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl, *et al.*, *Derecho penal. Parte general*, Buenos Aires, EDIAR, 2002.

ZAVALA, María del Carmen, “El arte de conservar la salud” en el Porfiriato. *Higiene pública y prostitución en Morelia*, Colección Centenario de la Revolución Mexicana 3, Morelia, UMSNH, 2010.

ZAVALA, María del Carmen, “El cólera en Michoacán y la federalización de las políticas sanitarias en el siglo XIX”, *Tzintzun*, 46 (2007), pp. 39-88.

ZAVALA, María del Carmen, “La difusión de la higiene en la prensa mexicana. El periódico Mensajero de Salud, 1922-1925”, en PINEDA, RAMÍREZ, LUÉVANO, 2014, pp. 75-100.

ZENIL, B., “El papel de las escuelas primarias, secundarias y profesionales en la lucha antivenérea”, Primer Congreso Mexicano de Venereología, México, 1925, pp. 205-214.