

Las discusiones médicas sobre el certificado prenupcial en Latinoamérica: Brasil, México y Perú

RESUMEN

Desde finales del Siglo XIX América Latina depositó su interés en alcanzar el progreso económico y social que sólo creía que podía garantizarlo copiando los modelos de potencias como Estados Unidos y los países europeos. Sin embargo, no podría realizarlo, si como diagnosticaban las autoridades sanitarias, la población estaba acechada por el crecimiento abrumador de niños con enfermedades hereditarias debido a que sus padres padecían enfermedades “venéreas”. En este contexto surgieron soluciones propuestas por la doctrina eugenésica: la implementación de un certificado médico prenupcial previo al matrimonio el cual permitiría detectar la presencia de enfermedad y así impedir el casamiento de personas enfermas. Por este motivo, nuestro objetivo es analizar los debates en torno al certificado, deteniéndonos en los tres casos paradigmáticos: Brasil, México y Perú, a la vez que realizando un análisis comparativo de la importancia que tuvo el certificado como política social regional.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad venérea, Certificado, Eugenesia

ABSTRACT

Since the last years of the XIX century Latin America put her interest in reach, the economic progress and social that only she believed that could guarantee copying the great powers models like United States and the Europeans countries. Although, it could not to make, if as diagnosed the sanitarians authorities, the population was threatened by the high increase of children with hereditary diseases because their parents suffered ‘venereal’ diseases. In this context, the eugenics doctrine appeared solutions: the implementation of a medical prenuptial certificate before the marriage that would allow detecting the presence of a disease and thus preventing the marriage between sick persons. By this, the objective of this paper is to analyze the debates around this certificate, stop in the three paradigmatic cases of the region: Brazil, Mexico and Peru, at the same time to study and to compare the relevance that the certificate had like a regional social policy.

KEY WORDS: Venereal Diseases, Certificate, Eugenesic

Fecha de recepción: 18 de febrero de 2016

Fecha de aceptación: 20 de julio de 2016

Las discusiones médicas sobre el certificado prenupcial en Latinoamérica: Brasil, México y Perú

Valeria Natividad Almirón*

Introducción

En América Latina desde mediados del siglo XIX, los médicos intentaron afirmarse como los únicos proveedores de los servicios de salud ocupando un lugar cada vez más protagónico en los organismos de asistencia públicos y privados. Desde ese lugar instalaron el alerta debido al crecimiento de las enfermedades infectocontagiosas/ “venéreas”¹ que, como consecuencia, aumentaron el nacimiento de la “prole débil”. Niños que nacían con las mismas enfermedades que sus padres o mal formaciones y “discapacidades” producto de que sus progenitores eran portadores en su mayoría de sífilis no tratadas. La supuesta debilidad de estos infantes se tornaba en un impedimento para el desarrollo de manera autónoma en la familia y el futuro ingreso al mundo del trabajo (Albuquerque, 1935: 29).

En este escenario dos corrientes comenzaron a alarmarse por el fenómeno proponiendo soluciones: los poblacionistas² y los eugenistas³. Los primeros alertaron acerca del peligro que significaba la caída del número de nacimientos (Reggiani, 2005), temiendo que se redujera en el futuro inmediato la cantidad de trabajadores, ciudadanos y soldados. Los segundos, quienes fueron los que más influenciaron las decisiones en materia de política social, por su despliegue en los debates acerca de la evolución, el progreso y la civilización (Stepan, 1991), propusieron que debía crecer la descendencia pero sin problemas de salud.

La eugenesia o “ciencia del buen nacer” tenía dos vertientes: una negativa y otra positiva. La primera fomentaba el impedimento de los nacimientos de los supuestos “menos aptos” mediante métodos como el aborto, la esterilización y la eutanasia. La segunda versión, también llamada de raigambre latina porque fue la que abrazaron los especialistas de la región, se relacionó con la búsqueda del perfeccionamiento de la especie incentivando la natalidad alentando la reproducción de los caracteres “más beneficiosos” del individuo. Entre sus métodos estuvieron la educación y la propaganda de la salud, la higiene personal y la profilaxis social.

Además la región, experimentó el crecimiento del proceso de medicalización de su población como parte de las medidas aplicadas por números galenos que vieron en este método una herramienta eficaz para el tratamiento y curación de las dolencias de la población (González Leandri, 2000). Al mismo tiempo, intentaron introducirse políticas sanitarias

* Universidad Nacional de Quilmes, CEHCMe. vnalmiron@gmail.com

¹ Palabras como “venérea”, “tara social”, entre otras encomilladas, no son propias pertenecen a los actores sociales de la época.

² Los poblacionistas plantearon soluciones en los países donde, al crecimiento de niños con “taras sociales”, se sumó la caída en la tasa de natalidad. Como por ejemplo Argentina y Uruguay. Para el caso del primero la demografía fue clave en la medida que contribuyó a revelar y relevar esta problemática social que preocupaba a las élites gobernantes e intelectuales (Carbonetti y Celton, 2006).

³ Si bien en este artículo no realizamos periodizaciones de los cambios ocurridos dentro del interior de la doctrina eugénica, es necesario aclarar que no presentó las mismas características a finales del siglo XIX que en el período de entreguerras, y además su apogeo se produce durante este último. Para ampliar respecto al tema Miranda y Vallejo (2005).

estadounidenses como los lineamientos de la Fundación Rockefeller para América Latina la cual pretendió demarcar sus intereses y aquellos oportunos para la región. Por este motivo, no

es casualidad que lanzaran campañas de prevención y vacunación en función de curar a los sectores más desfavorecidos: la mano de obra que trabajaba las zonas más productivas de la región (Armus, 2005: 22).

A pesar de que la Fundación Rockefeller tuvo un gran predominio y no fue menor su presencia en tanto permitió visualizar los problemas sanitarios que los distintos Estados no estaban teniendo en consideración, no pudieron influenciar en la implementación de una eugenesia negativa la cual estaba en su apogeo en Estados Unidos con los métodos de esterilización (Stern, 2006). El debate instalado por la corporación médica latinoamericana intentó alejarse, volcándose por la pretensión de aumentar el número de nacimientos de niños sanos debido a la influencia de la iglesia católica (Stepan, 1991).

Siguiendo este razonamiento, había que intervenir en los futuros casamientos curando a los novios si se encontraban enfermos. La solución era incorporar mecanismos que permitiesen comprobar que los novios poseían buena salud, en particular libres de enfermedades hereditarias y/o “venéreas” (sífilis, gonorrea y chancro blanco). Estas últimas eran las que más inquietaban por la supuesta “degeneración”, en comparación, a la lepra, la tuberculosis, entre otras.

En diversos encuentros científicos tanto nacionales como internacionales⁴ los galenos discutieron de qué manera debía aplicarse la eugenesia, teniendo en cuenta que consideraban al ambiente como regenerador, junto con la profilaxis y la educación. Por consiguiente, no fue casualidad que el certificado médico prenupcial y la declaración jurada prenupcial fueran la manifestación más contundente de la elección por una eugenesia positiva. No sólo analizaban si era conveniente la realización a ambos sexos, sino además clasificaban cuáles de los dos era más provechoso. La certificación exigía un análisis de sangre serológico (estudio de Wassermann) para comprobar que no padeciera enfermedad “venérea”⁵; por el contrario, la declaración jurada tomaba testimonio de la palabra del contrayente que debía declarar no poseerla. Las posturas acerca de cuál era el más conveniente respondían a la comprensión de la manera de entender las características de la población, respecto a la puesta en práctica de la eugenesia (Stepan, 1991). Es decir, si la recepción había sido exitosa, por ejemplo, los varones después de tener relaciones sexuales con prostitutas procuraban realizarse los lavados para no contraer enfermedad infectocontagiosa, o si las padecieran se sometían a tratamientos para curarse. En estos casos la declaración jurada bastaba para contraer el matrimonio debido a que los individuos eran “conscientes” de las consecuencias de las enfermedades “venéreas”. Por el contrario, si la población se abstenía de incorporar los hábitos, el certificado (obligatorio) era la mejor manera, no de que se concientizaran del supuesto peligro de los “males venéreos”, pero sí que el Estado pudiera saber si se encontraban enfermos para evitar el casamiento.

⁴ 2° Congreso Médico Nacional, Medellín 1913; 1° Congreso Médico Nacional, La Habana 1914; 3° Congreso Médico Nacional, Cartagena 1918; 7° Congreso Médico Latinoamericano, México 1930; 2° Conferencia Panamericana de Eugenesia y Homicultura, Buenos Aires 1934; Día Antivenéreo, Lima 1938, etc.

⁵ En muchos países el certificado se extendió, o pensó extenderse, a otras enfermedades infecciosas y/o mentales.

Debido a la importancia del certificado médico prenupcial en este artículo intentaremos analizar, por un lado, las especificidades de un trío de países que marcaron la agenda en relación a los debates de su sanción, y por otro, estableceremos relaciones comparativas entre países. Intentaremos construir un marco de referencia mostrando la trascendencia del certificado como políticas social del matrimonio.

Brasil: *Café com Leite* para la política y *Examen Pre-nupcial* para la economía

Desde las últimas décadas del siglo XIX Brasil se encontraba inserto en un régimen político restrictivo del cual la oligarquía terrateniente formaba parte. Dos de sus grupos se alternaban en el poder: los terratenientes de São Paulo y los de Minas Gerais. Los primeros dominaban la producción de café, mientras que los segundos la ganadería. Es por ello que a este período se lo conoce como la política del “*café com leite*”, la cual estuvo caracterizada por el lanzamiento hacia una economía agroexportadora en la cual los países latinoamericanos vendían productos primarios y compraban manufacturados. En el caso de Brasil exportaban sobre todo café (Halperín Donghi, 2008; Nercesian y Rostica, 2014).

Durante esta etapa el eje de discusión estuvo en cómo insertarse en el mercado mundial presentándose como una sociedad moderna, que intentaba ser copiada de aquellos países que se pensaban “de avanzada”, por su desarrollo cultural, político, económico, pero sobre todo científico (Nercesian y Rostica, 2014). Pero lo que justamente más dificultaría esa réplica eran sus ciudadanos, los que en su mayoría se encontraban enfermos. Es así que desde el Departamento General de Salud Pública comenzaron intensas campañas de saneamiento y tratamiento epidemiológico en las zonas rurales y cercanas al puerto (Hochman, 2004).

Hacia 1915 la llegada de la agencia estadounidense *International Health Division* de la Fundación Rockefeller reforzaría las “misiones sanitarias” en los sectores rurales (Armus, 2005: 22) a la vez que llevaría adelante la fabricación de políticas sanitarias, investigación científica y la formación de profesionales (Hochman, 2004). Esta ayuda se cristalizó con la creación del *Departamento Nacional de Saúde Pública* en Brasil en 1920, tomando ingerencia directamente en las decisiones estatales tomadas por la entidad, ayudando económicamente en las campañas y en las medidas preventivas. El imperialismo norteamericano desde la beneficencia se preocupaba porque “no se degeneraba la raza brasilera” (Da Costa, Kobayashi y Faria 2009: 322-323) debido a que no era provechoso que crecieran las enfermedades en zonas rurales proveedoras de materias primas.

En este contexto de gran preocupación por la salud de los brasileros, se comenzaría a pensar por qué tipos de hombres y mujeres debía estar compuesta la sociedad, cómo determinar quiénes estaban capacitados para ser las manos que trabajaran y los vientres que gestaran a una generación de niños “sanos y robustos”. Dejar al azar las uniones amorosas, causaba pavor en los médicos que comenzaron a conformar la corriente eugenésica brasilera. Como muchos autores afirman (Villela Cortés y Linares Salgado, 2011; Rohden, 2007) el origen de la misma tuvo una relación directa con la necesidad de la reproducción social, que debía proveer una “buena” reproducción biológica. Más aún, era preciso procurar nacimientos “de calidad” debido a que la emancipación de la esclavitud y la pobreza en la cual se encontraban diversos sectores sociales se “mezclaban” produciendo el nacimiento de “niños débiles”.

La elite intelectual aseguraba que el Estado por no intervenir en las uniones maritales, acrecentaba el riesgo de una prole con enfermedades físicas o mentales, consecuencia de los

“males sociales” y las enfermedades contagiosas hereditarias. Afirmaba el galeno pionero de las ideas de la educación sexual brasileras y fundador del *Círculo Brasileiro de Educação Sexual* José de Albuquerque (1935), que esta situación causaría estragos tanto en la economía privada, porque la familia debía mantener al enfermo que sería un gasto de por vida debido a su supuesta inutilidad y su salud deteriorada, como en la economía pública, porque el Estado debía hacerse cargo de una persona inútil en un contexto nacional pensado para la apertura al mercado internacional (Albuquerque, 1935).

El médico brasilerero más reconocido por seguir las premisas de la “ciencia del buen nacer”, sería el licenciado en farmacia y medicina Renato Kehl, quien hacia el año 1918 fundaba la *Sociedade Eugênica* de São Paulo. En 1922 se uniría a las filas de la *Liga Brasileira de Hygiene Mental* (Da Costa, Kobayashi y Faria, 2009: 319-322). Dentro de sus ideas principales difundidas tanto en Brasil como en el resto de la región estaban “Sanear es eugeniezar”, lo que marcaría las primeras décadas del siglo XX caracterizado por una eugenesia de tipo positiva. Como afirma Souza (2006) un modelo de eugenia mais “suave” ao estilo da “Eugenia preventiva”. Entre las herramientas principales figuraba el examen prenupcial y el control de los casamientos, el cual comenzaba a ganarse un espacio fundamental en la escena médica.

El extracto que tomamos a continuación corresponde a la preocupación que manifestaba el médico, debido a lo que consideraba que se podría evitar si se legislar el certificado:

Quantas lagrimas se evitariam si a sociedade actual se convencesse da importancia biologica do exame de sanidades pré-nupcial? De um menino, para entrar na escola, se exige o atestado de vacina. Dos nubentes exigimos certificadões, attestados de residencia, papelerio sem valor, e descuramos de pedir aos mesmos o balanço na caixa de sua saúde para vêr si no patrimonio levado para o lar, haverá saldo para ser deixado aos filhos (Kehl, s/a: 65).

Las Tesis de médicos defendidas durante la década del diez y del veinte en la Universidad de São Paulo y Bahía daban cuenta de la alarma por la presunta degeneración. Los eugenistas brasileros vinculaban la degeneración de la raza con la pobreza, fundamentalmente debido a la desprotección que sufrían los sectores trabajadores pero también las mujeres: “De modo genérico, a observação é exacta: as cifras estatísticas de morbilidade e mortalidade acussan flagrante parallelismo entre o bem estar economico e a saúde” (Almeida Junior, 1927: 10).

Estos individuos, afirmaba el doctor José de Albuquerque en sus conferencias radiales durante el año 1935 invitado por la emisora El Club de Brasil, estaban despojados del acceso a la salud, y en las mujeres particularmente (sobre todo si no estaban casadas y traían hijos al mundo) quedaban a la intemperie con el riesgo de caer en “malos hábitos” como el alcoholismo, la delincuencia o la prostitución (Albuquerque, 1935).

Es por este motivo, que los eugenistas manifestaban la necesidad del casamiento acompañado por la sanción del examen prenupcial. El análisis serológico que debía realizárseles a los novios, aseguraba que ambos no padecieran enfermedades infecciosas, en consecuencia, contrayendo el matrimonio sin ningún riesgo.

Certamente que um casamento eugenico, gerando uma prole sadia, robusta de corpo e de espirito, além de consultar os interesses biologicos, os interesses da especie, os interesses sociaes, consultará tambem os interesses pessoaes, vae ao encontro dos interesses individuaes do homem que a gerou [...] (Albuquerque, 1935: 22).

Como ya hemos hecho mención, en las primeras décadas del siglo XX existió una clara tendencia a una eugenesia positiva, por lo cual el certificado obligatorio en Brasil más allá de diferencias en la forma, fue el método elegido por sobre la declaración jurada debido a que no existían manifestaciones claras de parte de la población que adhirieran a la eugenesia. Además la realización de la certificación, gracias a la comprobación realizada mediante el

examen de Wassermann tenía poco margen de error. Sin embargo, algunos galenos no coincidían si el certificado debía ser realizado por ambos contrayentes, cuál era el especialista médico indicado para certificar, etc.

El entusiasmo de la certificación presentaría una ruptura hacia finales de la década del veinte y principios del treinta (Habib y Wegner, 2014; Souza, 2006). El referente brasilero de la eugenesia Renato Kehl, ya convertido en director de la Industria química y farmacéutica Bayer hacia 1927, recibiría la invitación y viajaría a conocer los experimentos que se estaban realizando en Europa, lo que resultaría un vuelco en su visión.

El regreso a Brasil del médico generó tensiones entre los eugenistas locales y el líder. Reflejo de ello sería no sólo el nuevo rumbo que tomaría la *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, que asumiría principios más radicales de la utilización de la eugenesia, sino además las posturas disímiles en el *Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia* celebrado en el año 1929 (Da Costa, Kobayashi y Faria, 2009). Los locales continuaban abogando por la sanción del certificado médico prenupcial junto con la educación sexual y la propaganda de profilaxis; y Kehl, cautivado por las experiencias de la eugenesia negativa que había observado en Alemania e Italia, dejaba de inclinarse por las prácticas positivas.

El médico Almeida Junior del Instituto Anna Rosa de São Pablo en su libro *O exame medico pre-nupcial* (1927), nombraba métodos utilizados en otras partes del mundo, ya sea para impedir la concepción o suprimir el “fruto indeseado” (infanticidio y aborto) o prácticas neo-maltusianitas (esterilización, segregación y restricción del derecho a casarse). Criticaba duramente estos métodos, pero sobre todo la esterilización, practicado en muchos estados de Estados Unidos de manera compulsiva (Stern, 2006). Más aún, lo irritaba que el método fuese apoyado por Kehl, siendo una práctica que se asentaba sobre el abuso y la injusticia de intervenir en el cuerpo del paciente (Almeida Junior, 1927).

La tensión entre los grupos locales y Kehl no se saldaría, llegando al punto de que sus colegas, como observamos, lo criticarían abiertamente. Consideraban que su postura no sólo estaba errada por no contemplar la situación del pueblo brasilero, sino además obstaculizaba el movimiento en favor de la sanción del certificado que tantos años les había costado colocar en agenda. Si el líder del movimiento se inclinaba por una postura más radical, lo más probable es que los médicos que aún dudaban si era provechoso descartarían el apoyo de su sanción.

La discrepancia entre ambas partes continuó durante la década del treinta, pero en un contexto diferente y podríamos pensar más proclive a la sanción del certificado prenupcial: la

revolución de Getúlio Vargas y el comienzo de la experiencia populista en el país carioca (Nercesian y Rostica, 2014). La estabilidad social post Gobierno Provisorio vendría acompañada de una fuerte centralización y federalización del país, por lo cual se profundizaron las políticas sociales sobre todo sanitarias expandiéndose por diversas regiones (Hochman, 2004).

Pasaron pocos años para que el sueño de los eugenistas locales se hiciera realidad. En la Constitución de 1934 se sancionó el examen previo al matrimonio exigiendo la salud física y moral de los contrayentes de ambos sexos (Diario de Sesiones de la Cámara de Diputados, 26 de Septiembre de 1935). Con su promulgación la eugenesia sentaría su precedente en materia de políticas para el matrimonio, a la vez que ganaba la pulseada con su propio líder imponiéndose una eugenesia de tipo positiva, episodio paradigmático en Latinoamérica.

Hacia la década del cuarenta la mirada ya no se encontraba depositada en la sanción del certificado porque ya se había obtenido. Sin embargo, comenzaron a existir cambios importantes en la legislación: el foco dejaba de estar exclusivamente en las enfermedades “venéreas”. En 1941 se extendió el certificado médico prenupcial prohibiéndose el casamiento a cualquier persona que padeciera alguna enfermedad que pudiera afectar a su futuro esposa o esposo, y por ende, a la descendencia (Díaz de Guijarro, 1944).

México: del higienismo conservador a la eugenesia revolucionaria

En México a finales del siglo XIX, los cambios político-económicos fueron de la mano con los científicos, sobre todo en lo que respecta al nacimiento de la salud pública (Carrillo, 2002). Al igual que en otros países latinoamericanos, prevalecía la dominación política de un sector reducido en el poder, en este caso presidido por el General Porfirio Díaz. El líder lanzó a la economía mexicana al mercado internacional mediante nuevas formas de coerción y disciplinamiento de la población. Durante el porfiriato, el ideal nativo que se pensaba para la nación era el mestizo: mezcla del indio con español.

Las corrientes higienistas del porfiriato introducirían un paquete de técnicas en materia de salud: vacunas, insumos y métodos de aislamiento y refugio para el individuo enfermo o sano, respectivamente. Las consecuencias de una población enferma por una epidemia o pandemia, las más comunes eran la viruela, la peste bubónica, o la fiebre amarilla, entre otras, causarían estragos en la economía (Carrillo, 2002), sobre todo de las zonas rurales donde se producía azúcar y henequén, y de las mineras donde se extraía la plata (Nercesian y Rostica, 2014).

Estados Unidos exigía al país azteca aplicar todas las medidas preventivas y curativas para la población dado que, si los trabajadores estaban enfermos, no servirían como mano de obra que les proveyeran de materias primas. Pero esto no sólo sucedía en las zonas agrarias, en las instituciones donde se aglomeraban contingentes de personas: cárceles, escuelas, iglesias, refugios de huérfanos, cuarteles e incluso burdeles, a los individuos se los vacunaba a la fuerza e incluso eran secuestrados si se los hallaba enfermos (Carrillo, 2002).

Hacia finales del siglo XIX la mayoría de las epidemias y endemias habían sido erradicadas. Sin embargo, el cambio de siglo no sólo traería cambios políticos y sociales, debido a la caída del porfiriato y el comienzo del proceso revolucionario a partir de la década del diez, sino una nueva preocupación en materia de salud pública: las enfermedades

“venéreas” (Carrillo, 2002). A partir de 1904 se inauguró la Inspección de Sanidad que controlaba los burdeles (Estrada Urroz, 2007) y, además, las meretrices enfermas, que se pensaban principales propagadoras del “mal venéreo”, fueron encarceladas por las autoridades médicas, aunque muchas de ellas escapaban o lograban evadirse. Esto causó un alerta sanitario debido a las consecuencias que traería, puesto que “las delincuentes” transmitirían “el mal” a sus clientes y estos a la esposa decente, y por ende a la prole.

Entrada la década del veinte, con el proceso revolucionario apaciguado, penetró la corriente eugenista en el país azteca. Pero, como afirma Saade Granados (2004), el discurso de los médicos revolucionarios tuvo una relación directa entre “raza” y “patria”, desde el cual se pensó en términos raciales que el ideal mexicano era el mestizo, al igual que durante el gobierno de Porfirio Díaz. Esto demostraría una continuidad dentro del campo médico, ahora para afianzar los lazos del proceso revolucionario.

La revolución no sólo hizo emerger un conjunto de médicos militantes- eugenistas, y además, antieclesiásticos. Por consiguiente no es de sorprender, como afirma Nancy Stepan (1991) que México fuese el único país latinoamericano que experimentó con los métodos de esterilización en el estado de Veracruz. Por un lado era la forma más clara de desprenderse de su pasado tradicional dejando atrás la opinión de la iglesia católica, por otro, una manera de mostrar los lazos con Estados Unidos quien era pionero en la aplicación del método. Sin embargo, a pesar de haber sido sancionada con gran efervescencia, la esterilización sólo se aplicó en un caso.

Paralelo a la eugenesia negativa, la llamada positiva se posicionó dando lugar al debate del certificado médico prenupcial. A pesar de que convivieron dos tipos de eugenesias, en los hechos predominó la positiva por sobre la negativa. El certificado se sancionó finalmente en 1928 incluyendo a diversas enfermedades teniendo una idea integral de la salud, a la vez que eran incluidos ambos contrayentes. Como afirmaba el argentino Enrique Díaz Guijarro, doctor y abogado especialista en derecho de familia:

El código mejicano de 1928 estableció la obligatoriedad del certificado prenupcial para ambos contrayentes, entre los requisitos previos a la celebración de las nupcias. El art. 98, inc. 4°, impone la presentación de un certificado suscrito por un médico titulado que asegure, bajo protesta de decir verdad, que los pretendientes, no padecen sífilis, tuberculosis, ni enfermedad alguna crónica e incurable que sea, además, contagiosa y hereditaria. Se mantuvieron, así, los principios del código sanitario de 1926, que tornó obligatorio el examen que era facultativo en la anterior ley de relaciones familiares de 1917 (Díaz de Guijarro, 1944: 283).

Los médicos-militantes consideraban que la revolución social iba de la mano de la revolución racial: el mestizo, la “raza” elegida, debía ser cuidada y procurar que se reprodujera con su misma “especie”. Hacia 1931 se inauguraría la Sociedad Eugénica Médica, con el fin de procurar la propaganda, gestión de proyectos y consultas para la población. Entre sus lineamientos generales estaría el diagnóstico e investigación de las “disgenias” biológicas: enfermedades “venéreas” y “taras sociales” hereditarias que padecía la población sobre todo la sífilis que producía mal formaciones y ceguera en los niños, la cual debía erradicarse en el “hombre nuevo” (Saade Granados, 2004).

El doctor Ramón Carrancá y Trujillo (1933) aseguraba que más allá de ciertas divergencias posibles entre los colegas era imposible negar los beneficios del certificado médico prenupcial para evitar que ciertos individuos enfermos se involucren con otros sanos (Carrancá y Trujillo, 1933). Y agregaba:

Así como Pinard, el apóstol de la lactancia materna en Francia y a quien deben la vida miles de niños, se imaginaba oír el grito de los bebés, sometidos a manos mercenarias y azotados por la enfermedad, que parecía decir “¡Queremos la leche de mamá!”, así también parece que esos miles de seres miserables, azotados por las herencias morbosas, llenan de lacras y de taras, quisieran gritar con sus escasas fuerzas: “¡Queremos padres sanos!” (Carrancá y Trujillo, 1933: 7).

Las rupturas que se produjeron desde finales del siglo XIX y principios del XX, mostraron que a pesar de cambiar el escenario político-social e incluso médico-científico, no era lo mismo el higienismo que la eugenesia, sin embargo el tipo ideal de nativo que se

esperaba para la nación conservadora como revolucionara perduraba: el mestizo. En ambos momentos históricos se estaba dejando atrás el pasado, colonial en el primer caso, conservador en el segundo. Sin embargo, la figura del mestizo ya sea como modernizador o como actor revolucionario con sus rasgos europeos perduraba, por sobre la del indígena, habitante milenario de esas tierras. Es por ello, que el certificado médico prenupcial se sancionaría en 1928 siendo obligatorio para ambos contrayentes, incluyendo la prohibición si se manifestaba sífilis, tuberculosis, enfermedades crónicas, contagiosas, hereditarias e incurables. Ninguna enfermedad podía quedar al margen cuando se aspiraba al cambio social.

Perú: La Cuna de la Eugenesia Latina

En los últimos años del siglo XIX, la sociedad peruana se encontraba devastada por la salida de la guerra. No es casualidad que en medio de dicha situación, la figura carismática de Nicolás de Piérola cautivara a los sectores populares. Muy pronto el líder iniciaría un proceso de modernización a la vez que encausaría la economía (Halperín Donghi, 2008). Pero como se trataría de un “progreso desigualmente distribuido” (Halperín Donghi, 2008: 348) produciría rápidamente descontento sobre todo de la población rural y los trabajadores que comenzaron a organizarse. De manera precipitada, los mismos sectores que lo apoyaron, se pusieron en su contra, logrando Augusto Leguía destituir de su cargo a Piérola en 1919, y fundar la llamada Patria Nueva que perduraría hasta 1930 (Halperín Donghi, 2008).

El gobierno de Leguía significó una continuidad de Piérola, afianzando los lazos con Estados Unidos, que ahora no sólo influenciaba sobre la política económico-social, sino científicas. En lo relativo a la medicina, la corriente eugenista norteamericana, con la aplicación en la mayoría de los estados de la esterilización en especial de la población inmigrante (Stern, 2006), llamaría la atención de los especialistas peruanos quienes desde finales de la década del veinte, comenzaban a conformarse como una fuerte corriente que propagaría sus ideas por el resto de Latinoamérica.

La preocupación principal que tenía la elite y los intelectuales a los que ahora se sumaban los médicos eugénicos peruanos, era la presencia del indio. Sus creencias y su forma de vida mostraban el pasado que se pretendía olvidar frente al presente que miraba a las

potencias europeas y a Estados Unidos que representaban el progreso. Por ello, no es casualidad que sostuviesen la creencia de que el hábito de ingesta de alcohol y mascado de coca “degeneraba la raza”. Como afirmaba el doctor Abelardo Raymond:

En el Perú, al tocar el problema racial, no puede pasar inadvertido el decadente aspecto del indígena, que oculto en las serranías, platica con la coca y el alcohol. Hasta ellos debe llegar la enseñanza de los peligros que encierra la toxicomanía y las consecuencias de su difusión (Raymond, 1939: 30).

Pero el indio no era el único que generaba molestias por ser causante de la “degeneración de la raza”, la prostituta sería otra incomodidad. Los galenos consideraban que en los burdeles se expandían el “mal venéreo”, que luego los varones llevaban hasta el altar y al casarse con mujeres sanas, las enfermaban y estas a su vez a la progenie, que arrastraba durante toda su vida con malformaciones (Trigoso, 1939). Sin embargo, reconocían casos en los cuales eran las futuras esposas las que poseían una enfermedad, muchas veces desconocida debido a que había sido heredada de sus padres.

Según los especialistas, el error principal de los novios era contraer matrimonio por amor o cariño, en vez de observar las condiciones eugénicas del otro contrayente. Como explicaba el médico cirujano Hipólito Verástegui indignado ante el sentimentalismo de la sociedad peruana:

El cariño sigue el camino de la disgregación y sucumbe cuando el matrimonio se realiza entre personas enfermas. Todo espíritu de sacrificio decae y fatalmente se extingue, cuando la implacable realidad muestra un futuro sin esperanzas, ¿Cuál puede ser el destino de la descendencia, cuando enfermedades hereditarias han envenenado su fuente? La emotividad y sentimentalismo, a la vez que el bajo índice cultural son obstáculos que impiden el perfeccionamiento humano (Verástegui, 1945: 93).

Entre mediados de los años treinta y el transcurrir de los cuarenta sería el apogeo de la eugenesia peruana: conferencias, congresos y reuniones a nivel nacional e internacional se dieron sede en el país inca. El Día Antivenéreo sería símbolo de ello. La celebración se realizó el 4 de septiembre de 1938 en Lima, participaron destacados médicos, intelectuales y autoridades estatales que abogaban por leyes para el bien de la salud y la raza. El mismo había nacido en Argentina en 1936 impulsado por la Liga Argentina de Profilaxis Social, luego se expandiría a otros países de la región que festejaban y proclamaban la erradicación de los “males venéreos” (Miranda, 2015).

En lo que hacía al país inca, la reunión permitió discutir en materia de salud pública la situación que vivía el pueblo peruano en particular y la región latinoamericana en general, haciendo énfasis en la necesidad del certificado médico prenupcial (Díaz de Quijarro, 1944). No es casual que al año siguiente se realizara La Primera Jornada Peruana de Eugenesia, que sentaría las premisas del certificado prenupcial en base al certificado de salud previo al matrimonio que había sido sancionado en 1931. Según los especialistas, el mismo estaba incompleto por varias razones, no sólo no especificaba los casos de enfermedades “venéreas” porque se trataba de un examen general de salud, sino además, podía suplantarse por una declaración jurada. Los galenos exigían una nueva sanción que tornara la obligatoriedad del certificado médico prenupcial sin excepciones de ningún tipo (Díaz de Quijarro, 1944).

Más allá de los esfuerzos por modificar la vieja ley y promulgar una nueva que estuviese más cercana al certificado médico que a la declaración jurada, en el período que analizamos no se registran la abolición de la declaración jurada. Por lo cual podemos concluir que convivieron dos tipos de regímenes, lo que impulsó a los especialistas a lanzarse en campañas de educación y profilaxis, instalar consultorios prenupciales gratuitos e intentar por todos los medios que la eugenesia llegara a la población y fuera incorporada como costumbre.

Un sueño eugenista y latinoamericano

Para comprender la importancia que tuvo como política social el certificado médico prenupcial en la región, nos parece prudente un análisis comparativo de dichos debates, plasmados en numerosas conferencias nacionales e internacionales en función del objetivo último: la creación de un movimiento continental para la sanción del certificado médico latinoamericano. Como afirmaba el doctor y especialista en relaciones de familia en su compilación sobre la situación del certificado médico en la región:

[...] lo cierto es que el problema busca solución por el cauce legislativo: a este plano hay que llevarlo, y en tal situación debemos orientar nuestros esfuerzos. Si sólo la ley nos proporcionará resultados positivos [...] debemos difundir las bases adecuadas para una buena protección eugenésica del matrimonio [...]

Entendemos que ha llegado el momento de promover un movimiento continental, a fin de que las legislaciones de América se inspiren en dichas bases [...] no sólo alienta un anhelo de perfeccionamiento local, sino también una íntima y profunda conciencia americana, que quiere en sus tierras un hombre mejor; un hombre sano de cuerpo y de espíritu (Díaz de Guijarro, 1944: 295).

Sin embargo, como pudimos observar las legislaciones fueron disímiles, difícilmente se pudo poner en práctica dicha utopía. Por ello nos parece prudente analizar cómo, en definitiva, se presentaron esas legislaciones. Como concluimos en el primer apartado, hacia la década del treinta Brasil terminó aprobando un certificado obligatorio para ambos sexos, que en los años cuarenta se ampliaría incluyendo no sólo a las enfermedades “venéreas”, sino en general, a todo tipo de enfermedades (Díaz de Guijarro, 1944). Esta legislación mostró que a pesar de contar con una gran corriente eugenista, poco había logrado dicho movimiento en pos de promover las prácticas de la eugenesia en la población, por ello, fue necesaria no sólo la certificación en vez de la declaración jurada, sino además que fuera obligatoria. Esto mismo ocurriría en México (1928) más allá de tener una militancia médica comprometida con la causa de la eugenesia, que emergió junto con la revolución, no lograría plasmar políticas voluntarias para el matrimonio, por lo cual sería necesario recurrir al certificado obligatorio.

Similar es el caso de Panamá que, hacia 1928, sancionó el certificado obligatorio para ambos sexos, incluyendo a diversas enfermedades (Díaz de Guijarro, 1944), por lo cual podemos suponer, que fue similar a lo ocurrido en Brasil o México. Por su parte Argentina, sancionó obligatorio el certificado (1936) pero a diferencia de Brasil, México y Panamá no incluyó a la mujer y sólo prohibió el casamiento por “enfermedad” venérea en período de contagio (Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, 17 de Diciembre 1936).

En comparación con los anteriores países, fue más llamativo el caso de Perú. Durante el período estudiado fue sede de la mayor cantidad de eventos en la región, sin embargo, no

llegó a sancionar de manera clara en materia de políticas del matrimonio. Coexistieron dos tipos de modalidades: la declaración jurada y el certificado médico, por lo cual no se terminó de dilucidar qué tipo de características visualizaban los especialistas para considerar que ambos modos debían funcionar, lo que sí fue evidente es que con la declaración jurada no alcanzaba.

Este conjunto de países, nos ayudan a visualizar que más allá de que en los círculos de discusión los médicos e intelectuales hayan estado profundamente comprometidos con la causa de la eugenesia, no significó de manera directa las prácticas de esas ideas en la sociedad. Por eso juzgaron los especialistas que la única manera que pudieran ser prácticas las leyes del matrimonio sería mediante un certificado obligatorio.

Por el contrario, existieron un grupo de países que se alejaron de la certificación médica obligatoria, podemos suponer que los galenos que abogaron por su sanción evaluaron que la población había incorporado la educación sexual y la profilaxis “venérea”. Estos fueron Uruguay (1933) y Paraguay (1944). El primero sancionó el certificado médico voluntario sólo para varones, aunque los especialistas luego pretendieron modificarlo, argumentando que no era seguro dicho método porque no se observaba efectividad, ya que la mayoría obviaba hacerlo. Asimismo Paraguay, sancionó el certificado voluntario y para ambos sexos (como Brasil, México y Panamá). También allí los especialistas impulsaron su reforma para que fuera obligatorio (Díaz de Guijarro, 1946). Estos países muestran cómo los especialistas siempre tienen como horizonte el certificado médico prenupcial obligatorio, entre líneas se puede leer que existió una fuerte creencia que la obligatoriedad garantizaría la efectividad.

Uno de los puntos más llamativos del país guaraní fue que, a pesar de sancionarse el certificado, no fue claro su impedimento eugénico (de los casamientos “disgénicos”), porque incluso dando positivo uno o los dos exámenes, los contrayentes podían casarse si lo deseaban (Díaz de Guijarro, 1946). Por otra parte, el certificado no exceptuó al indio, a diferencia de lo ocurrido en Guatemala quien implementó el certificado médico prenupcial hacia el año 1933. En el país guatemalteco con la sólo existencia de una enfermedad se impedía el casamiento y era obligatorio sólo para el varón, para la mujer si el futuro marido pedía que se lo realizara (Díaz de Guijarro, 1944).

Hubo una serie de países que sancionaron leyes eugénicas pero no pueden establecerse como declaración ni certificado. Estos fueron los casos de Venezuela y Bolivia. En el primer caso se sancionó hacia 1922 el impedimento prenupcial, el cual representaba una advertencia de no casarse con enfermos abiertamente declarados de lepra, dejando de lado a las enfermedades “venéreas” (Díaz de Guijarro, 1944). En el segundo caso carecía de norma eugénica relacionada con leyes para el matrimonio. Sin embargo a partir de 1932, se sancionó el divorcio por enfermedad no curable y contagiosa del contrayente. Todos los proyectos de certificados que fueron presentados en Bolivia para ser debatidos quedaron en camino de sanción (Díaz de Guijarro, 1944: 291).

Por último, nos encontramos con países como Colombia y Chile quienes hacia la década del cuarenta aún no habían sancionado políticas para el matrimonio. Los médicos colombianos desde 1910 venían intentando colocar en agenda el certificado médico prenupcial, incluso el mismo presidente Eduardo Santos en el año 1939 en uno de sus discursos parlamentarios haría referencia a la importancia de la certificación para el pueblo colombiano. Sin embargo hacia mediados de la década del cuarenta, no llegaría a sancionarse la certificación (Obregón, 2002).

Por su parte Chile, finalizada la década del cuarenta tampoco había legislado ningún tipo de ley para el matrimonio. No obstante, hubo la presentación de dos proyectos de ley para la certificación médica. El primero no tuvo tanta trascendencia, fue presentado por senador galeno Florencio Durán (1938). El segundo presentado un año después, fue mucho más trascendente no sólo porque explícitamente prohibía el casamiento de los enfermos “venéreos” sino sobre todo porque lo presentó el ministro de salubridad, el médico del Partido Socialista Salvador Allende (s/a, 1939).

Podemos concluir que más allá del deseo de los especialistas por legislar un certificado médico prenupcial latinoamericano, esto no se llevaría a la práctica. Por un lado, debido a que los países legislaron en base a la recepción que la población hizo de la eugenesia lo que hizo variar las formas, y por otro, siguiendo este razonamiento, porque muchos países entrada la década del cuarenta aún no habían podido legislar políticas para el matrimonio.

Conclusiones

Las discusiones en torno al certificado prenupcial en los países que examinamos desde finales del siglo XIX y mediados de la década del cuarenta del siglo XX mostraron sus particularidades que entretujan conexiones, las cuales visualizan un clima de época. Este contexto se encontró signado por la eugenesia que como movimiento político penetró en las instituciones, estableciendo una concepción de la sociedad que se esperaba para el futuro con “niños sanos y fuertes” serviles a las economías nacionales e internacionales. Una prole que no fuese una carga familiar (privada) ni social (pública). Es así que se construyó en el imaginario regional a dos enemigos: la prostituta que “esparcía su indecencia”; y el

Indio/indígena que debido a sus “malos hábitos” atrasaba el proceso de modernización y progreso.

La eugenesia, entonces, legitimó el proceso político porque le dio carácter científico a las políticas del matrimonio estableciendo quiénes podían casarse y quiénes no. Los galenos estaban convencidos de que “estar saludable” era el requisito, pero sobre todo no padecer enfermedades “venéreas”, principal causa de abortos espontáneos en las embarazadas, recién nacidos con mal formaciones, ceguera y parálisis. Sin embargo, había otras enfermedades que causaban trastornos de igual magnitud como la lepra, la tuberculosis e incluso las enfermedades mentales. Entonces nos podríamos preguntar por qué tanto énfasis en que las leyes eugénicas develaran sólo (o principalmente) las enfermedades sexuales.

Las posturas que terminaron tomando los países de la región respecto a las políticas eugénicas para el matrimonio podemos clasificarlas en cuatro, lo que nos ayuda a visualizar la heterogeneidad de las legislaciones. La primera fue la de aquellos países que sancionaron el certificado de manera obligatoria, aunque variaron sus características (con la coexistencia de la declaración jurada, para varones y mujeres, o sólo para los primeros, incluyendo al indio o exceptuándolo, todas las enfermedades incluyendo las “venéreas”, o sólo para estas, etc.). La segunda fueron aquellos países (en menor medida) que optaron por la declaración jurada. Sin embargo los galenos no estuvieron conformes con los resultados e intentaron que fuera removida, impulsando su modificación por el certificado médico obligatorio porque creían que era de mayor efectividad. La tercera postura consistió en los países que delinearon ciertos códigos eugénicos pero que no era ni un certificado médico ni una declaración jurada, eran

recomendaciones pre y post matrimoniales. Y por último, los países que de manera tardía aún continuaban debatiendo qué hacer con las leyes eugénicas.

A su vez el recorrido que hemos realizado de la especificidad de tres países, junto con el establecimiento de las posturas respecto de leyes eugenésicas para el matrimonio (o el debate de posibles modificaciones) nos permitió observar que no prevaleció una homogeneidad de criterios, aunque todos coincidieron que lo más acertado era la sanción de un certificado prenupcial. Al no existir una legislación uniforme para todos los países, de esta manera, se obstaculizó el deseo más ansiado por médicos y especialistas: un certificado prenupcial latinoamericano.

Bibliografía

Albuquerque, José de (1935). *Exame pre-nupcial*. S/l: s/e.

Almeida, Junior de (1927). *O exame medico pre-nupcial*. Sao Paulo: Instituto D. Anna Rosa.

Armus, Diego (2005). Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América Latina moderna”. En D. Armus (Comp.), *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970* (pp. 13-41). Buenos Aires: Lugar Editorial..

Carbonetti, Adrián y Celton, Dora Estela (2006). La formación de la demografía en Argentina (1869-1947). *Estudios, UNC*, (19), 27-42.

Carillo, Ana María (2002). Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910). *Revista História, Ciências, Saúde- Manguinhos*, 9, (suplemento), 67-87.

Carrancá y Trujillo, Ramón (1933). Valor social del certificado pre-nupcial. *Revista Médica, Sindicato de médicos y profesionistas conexos de Puebla*, (V), 39, 4-11.

Da Costa, María Conceição; Kobayashi, Elisabete y Faria, Lima (2009). Eugenia e Fundação Rockefeller no Brasil: a saúde como proposta de regeneração nacional. *Revista Interface*, Porto Alegre, (11), 22, 314-351.

Diario de Sesiones de la Cámara Nacional de Diputados, Buenos Aires, Argentina, Reunión N° 37, 26 de Septiembre 1935, 443-568.

Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, Buenos Aires, Argentina, Reunión N° 48, 17 de Diciembre 1936, 301- 341.

Díaz de Guijarro, Enrique (1944). La eugenesia y la reciente legislación del matrimonio en América Latina. *La Crónica Médica*, Lima, (LXI), 230-295.

Díaz de Guijarro, Enrique (1946). El certificado prenupcial en Paraguay. *Revista de Medicina Legal de Colombia*, (VIII), 72-77.

Estrada Urroz, Rosalina (2007). ¿Público o privado? El control de las enfermedades venéreas del Porfiriato a la revolución. *Revista Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, UNAM, DF, México, (33), 33-56.

González Leandri, Ricardo (2000). Miradas médicas sobre la cuestión social. Buenos Aires a fines del siglo XIX y principios del XX. *Revista de Indias*, (LX), 219, 421-435.

Habib, Paula Arantes Botlho Briglia y Wegner, Robert (2014). De Plantas y hombres: cómo los genetistas se vincularon a la eugenesia en Brasil (Un estudio de caso, 1929-1933). *Revista Asclepio*, (66), 2, 1-14

Halperin Donghi, Tulio (2008). *Historia contemporánea de América Latina*, Madrid-Buenos Aires, Alianza.

Hochman, Gilberto (2004). Cambio político y reformas de la salud pública en Brasil. El primer gobierno de Vargas. *Revista Dynamis*, (25), 199-226.

Miranda, Marisa (2015). El Día Antivenéreo en Argentina: lecturas (bio) políticas de sus celebraciones (1935-1946). En Diego Roldán (Comp.), *VI Taller de Historia Social de la Salud y la Enfermedad*, (pp. 284-302). Rosario, 15, 16 y 17 de Octubre de 2014.

Miranda, Marisa y Vallejo, Gustavo (Comps.) (2005). *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Nercesian, Inés y Rostica, Julieta (2014). *Todo lo que necesitás saber sobre América Latina*. Buenos Aires: Paidós.

Óbregón, Diana (2002). Médicos, prostitución y enfermedades venéreas en Colombia (1886-1951). *Revista História, Ciências, Saude*, Manguinhos, (9), suplemento, 161-186.

Raymond, Abelardo (1939). El certificado médico prenupcial en la práctica. *Día Antivenéreo*, s/d, 29-30.

Reggiani, Andrés (2005). La ecología institucional de la eugenesia: repensando las relaciones entre biomedicina y política en la Argentina de entreguerras. En Marisa Miranda y Gustavo Vallejo (Comps.). *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino* (pp. 273-309). Buenos Aires: Siglo XXI.

Rohden, Fabiola (2007). Medicina, Estado y reproducción en el Brasil de inicios del siglo XX. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, FLACSO, Ecuador, (28), 47-57.

S/a, (1939). *El certificado médico prenupcial*. Sin datos.

Saade Granados, Marta (2004). ¿Quiénes deben procrear? Los médicos eugenistas bajo el signo social (México, 1931-1940). *Revista Cuicuilco*, Escuela Nacional de Antropología e Historia, DF, México, (11), 31, Distrito Federal, México, 1-36.

Souza, Vanderlei Sebastião de (2006). Em nome da raça: a propaganda eugênica e as ideais de Renato Kehl nos anos 1910 e 1920. *Revista de História Regional*, (11), 2, 29-70.

Stepan, Nancy Leys (1991): *The hour of eugenics: Race, gender, and nation Latin America*. Ithaca, New York: Cornell University Press.

Stern, Alexandra Minna (2006). Esterilizadas en nombre de la salud pública: raza, inmigración y control reproductivo en California en el Siglo XX. *Revista Salud Colectiva*, Buenos Aires, (2), 2, 173-189.

Trigoso, Emilio (1939). Comentarios sobre el certificado médico prenupcial. *Día Antivenéreo*, 31-34.

Verástegui, Hipólito (1945). Certificado médico pre-nupcial. *La Crónica Médica*, Lima, (LXII), 92-95.

Villate, Alfredo Pardo (1945). Labor del Consultorio Prenupcial del Municipio de Lima. *Archivo de Medicina Legal*, (XV), 33-41.

Villela Cortés, Fabiola y Linares Salgado, Jorge (2011). Eugenesia: Un análisis histórico y una posible propuesta. *Acta Bioethica*, (17), 2, 189-197.