



Historia mexicana

ISSN: 0185-0172

ISSN: 2448-6531

El Colegio de México A.C., Centro de Estudios Históricos

Trejo Terreros, Abraham
Saberes y prácticas médicos durante la revolución
bacteriológica y la ley de inmigración mexicana de 1909*
Historia mexicana, vol. LXXIII, núm. 3, 2024, Enero-Marzo, pp. 1205-1240
El Colegio de México A.C., Centro de Estudios Históricos

DOI: <https://doi.org/10.24201/hm.v73i3.4700>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=60076321004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

SABERES Y PRÁCTICAS MÉDICOS DURANTE LA REVOLUCIÓN BACTERIOLÓGICA Y LA LEY DE INMIGRACIÓN MEXICANA DE 1909*

Abraham Trejo Terreros

Centro de Investigación y Docencia Económicas

INTRODUCCIÓN

La Ley de Inmigración de 1909 prohibió la entrada a “los Extranjeros que a su arribo padezcan de una enfermedad transmisible de carácter crónico”.¹ Aunque indicaba que no establecía “un solo precepto especial para ciudadanos de alguna nación, ni para los individuos de raza determinada”, la práctica de inspecciones médicas en puertos permite cuestionar el supuesto trato de igualdad a los inmigrantes que llegaron al país a inicios del siglo xx. Los orígenes de esta ley se encuentran en medidas que el Consejo Superior de Salubridad (css) instauró con la intención de regular la inmigración china.² Este artículo,

Fecha de recepción: 20 de enero de 2021

Fecha de aceptación: 29 de noviembre de 2021

* Agradezco a Ruth Mandujano-López por compartirme el material del archivo de Hong Kong. Su contribución fue fundamental para mi investigación y estoy profundamente agradecido por su generosidad.

¹ Ley de Inmigración de 1909, “Exposición de motivos”. El *Diario Oficial* publicó la ley el 22 de diciembre de 1908 y entró en vigor el 1º de marzo de 1909.

² YANKELEVICH, *Los otros*, p. 35; CARRILLO, “Políticas”.

por su parte, busca los inicios de esta norma en la discusión y definición de saberes médicos en conferencias científicas internacionales donde médicos mexicanos interactuaron con sus contrapartes de Estados Unidos y otros países. La traducción de las recomendaciones de estas conferencias a contextos nacionales implicó el acomodo entre los ideales científicos y las consideraciones políticas, así como las capacidades económicas, de infraestructura y humanas. En particular, se analiza la medicina y los profesionales de la salud pública que adaptaron los avances científicos al diseño de políticas de salud pública y participaron en la implementación de inspecciones médicas.

La salud pública y los mecanismos de control migratorio que emplearon las autoridades mexicanas estaban lejos de constituir prácticas exclusivamente nacionales.³ Los encuentros de médicos con sus pares estadounidenses para discutir y regular el tránsito fronterizo posibilitan estudiar la negociación sostenida por los gobiernos de Estados Unidos y México con el objetivo común de mantener este flujo bajo control. La regulación migratoria estadounidense buscó prevenir el ingreso a su territorio de personas catalogadas como indeseables, por lo que fueron fundamentales para su política de inmigración las medidas que adoptara el gobierno de Porfirio Díaz respecto a la selección de extranjeros inconvenientes por motivos de salud pública.⁴

Esta investigación se inserta dentro de los estudios de la salud pública en México en el porfiriato (1876-1911), los cuales han enfatizado que la transición del sanitarismo al diseño e implementación de la salud pública fue posible por factores científicos, políticos y económicos. Carrillo demuestra que el nacimiento de la salud pública moderna sucedió por el alineamiento de

³ JOSEPH, LEGRAND y SALVATORE, *Close*.

⁴ Véase KRAUT, *Silent*; MARKEL, *When germs*; NGAI, *Impossible*. Una mirada general a la relación política entre México y Estados Unidos durante el porfiriato está en LAJOUS, *La política*.

intereses comerciales nacionales y extranjeros.⁵ Además de enfocar la mirada al entendimiento de asuntos sanitarios entre los gobiernos de México y Estados Unidos, el presente artículo contribuye a esta historiografía por poner el acento en el hecho de que el descubrimiento de agentes patógenos carece de una transmisión inmediata de los saberes médicos a la sociedad y por ello no pueden separarse los descubrimientos en laboratorios de los contextos sociales donde se utilizan los avances científicos.⁶

En un sentido más general, el texto se apoya en las investigaciones que muestran la relación entre la exclusión de extranjeros y la formación del Estado.⁷ Los estudios históricos que consignan la presencia de los inmigrantes de China en suelo mexicano se concentran predominantemente en la xenofobia de las primeras décadas del siglo xx y en las campañas antichinas de la posrevolución.⁸ Por su parte, esta investigación refiere que el gobierno mexicano consideró prioritaria la regulación de la inmigración china a México en el contexto de presiones de Estados Unidos por controlar la inmigración de asiáticos a la frontera que los dos países comparten. Esta “influencia” tiene relevancia por la paradoja, siguiendo a Yankelevich y a Gleizer, de que México adoptara políticas de inmigración restrictivas a pesar de no recibir cuantiosos flujos demográficos.⁹ Por su parte, la historiografía de la inmigración a Estados Unidos ha señalado los prejuicios raciales presentes en la exclusión de extranjeros mediante leyes migratorias, de regulación y de exclusión, desde finales del siglo xix y hasta inicios del xx. Autores como King

⁵ CARRILLO, “Economía”; AGOSTONI, *Monuments*; TENORIO, “De piojos”.

⁶ ROSENBERG, “The Therapeutic”; KRIEGER y ZIERLER, “What Explains”.

⁷ ZOLBERG, *A Nation*; NGAI, *Impossible*; DANIELS, *Guarding*; KING, *Making*; TORPEY, *The Invention*; YANKELEVICH, *¿Deseables?*; PANI, *Para pertenecer*; PLOTKIN y ZIMMERMANN, *Los saberes*.

⁸ CHANG, *Chino*; YOUNG, *Alien*; CHAO ROMERO, *The Chinese*; AUGUSTINE-ADAMS, “Construir”.

⁹ YANKELEVICH, *¿Deseables?*; GLEIZER, “Gilberto Bosques”.

y McKeown discuten los distintos aspectos legales, sociales y políticos de la construcción de Estados Unidos como una nación blanca defendiéndose de la presunta contaminación biológica y cultural que acarrearían las oleadas de migrantes.¹⁰

Este texto se fundamenta en el análisis de fuentes novedosas, como las actas de conferencias sanitarias a nivel panamericano, así como los informes médicos de inspectores del css y de las compañías navieras que ofrecían el traslado de chinos desde el puerto de Hong Kong a Salina Cruz, Oaxaca. En la primera parte se presta atención a la circulación de saberes médicos por medio de reuniones internacionales creadas al inicio del siglo xx. La segunda sección atiende la presentación y discusión de las prácticas que seguían médicos estadounidenses y mexicanos para controlar la enfermedad ocular del tracoma, que se asociaba con la llegada de extranjeros. En Estados Unidos, los inspectores buscaban principalmente este padecimiento por motivos prácticos, antes que de salud pública o políticos. En el caso de México deben ponerse en la balanza las “sugerencias” de Estados Unidos para la contención de esta enfermedad. El último apartado se concentra en el diseño e implementación de políticas de regulación de la inmigración china en México y Estados Unidos. Se destaca el caso mexicano para mostrar la apropiación que hicieron los médicos de la inspección médica a inmigrantes chinos en Salina Cruz y Hong Kong.

DISCUSIÓN DE SABERES MÉDICOS EN LAS CONFERENCIAS PANAMERICANAS

A finales del siglo xix, la bacteriología trajo cambios en los saberes médicos que modificaron el diagnóstico, el tratamiento y los métodos preventivos de las enfermedades. Con ello, los médicos, laboratoristas y burócratas pensaron las políticas de salud pública de forma diferente a lo anteriormente practicado, en

¹⁰ MCKEOWN, “Ritualization”, p. 377.

especial para prevenir y controlar epidemias. En este sentido, las políticas de salud pública incorporaron las formas científicas de combate a los microorganismos causantes de las enfermedades a las prácticas higienistas que buscaban evitar los brotes epidémicos y que predominaron en el siglo xix. En relación con la bacteriología en México, Carrillo ha señalado la relevancia de la vinculación de médicos con laboratorios en el extranjero y la falta de consenso de estos conocimientos científicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.¹¹

En cuanto a la cooperación sanitaria entre Estados, a inicios del siglo xx ocurrió una transición de reuniones itinerantes hacia el establecimiento de organismos de sanidad internacional que trabajaran de forma permanente. A mediados del siglo xix en Europa surgieron los primeros intentos por coordinar regulaciones sanitarias internacionales para evitar la propagación de enfermedades, es decir, el contagio de persona a persona o la transmisión por medio del agua, el aire o artículos contaminados.¹² Desde la primera Conferencia Sanitaria Internacional (1851) se presentaron tensiones en las medidas que debían tomarse para prevenir la transmisión de enfermedades. Algunas de las razones por las que fue difícil lograr la homogeneización de regulaciones sanitarias fueron las distintas etiologías que entraron en disputa y los usos instrumentales de las cuarentenas, que además frenaban los flujos comerciales, es decir como sanción de política exterior o defensa del interés nacional.¹³ Esto es importante porque con la bacteriología, que apuntó a combatir a las enfermedades mediante el ataque científico a los gérmenes, las políticas de salud pública incorporaron medidas para la contención de agentes patógenos, y también mantuvo prácticas

¹¹ WALZER, "Typhoid"; AGOSTONI, *Monuments*; CARRILLO, "Los comienzos".

¹² PELLING, "Contagion/Germ Theory/Specificity", p. 309; STERN y MARKEL, "International", p. 1475.

¹³ HIRST, *The conquest*, pp. 384 y 389; HARRISON, "Disease", pp. 197-198 y STERN y MARKEL, "International".

inspiradas en el combate a la suciedad como la segregación de grupos de individuos.¹⁴

Los mecanismos sugeridos en las Conferencias para evitar la propagación de enfermedades contagiosas pasaron del uso de cuarentenas a una gama de respuestas que se consolidaron en la primera mitad del siglo xx e incluyen la desinfección de pertenencias, y la inspección y vacunación de personas.¹⁵ Mientras que en el siglo xix las Conferencias Sanitarias europeas produjeron las primeras estrategias de alcance internacional para combatir las enfermedades contagiosas, en el xx, estas reuniones tuvieron una función importante para la estandarización y clasificación de las enfermedades y los métodos de vigilancia de las personas.¹⁶

En 1881 se celebró la V Conferencia Sanitaria Internacional en Washington, la primera ocasión que se realizaba fuera de una ciudad europea. Durante ésta, las autoridades estadounidenses propusieron sin éxito que los barcos no dejaran el puerto sin que antes los tripulantes fueran inspeccionados y contaran con un certificado de salud de algún oficial consular del país de destino. Con esta medida, Washington buscaba colocar inspectores de salud en puertos europeos cuando la práctica común era que las inspecciones fuesen realizadas por funcionarios locales. Después de esta reunión, Estados Unidos buscó desarrollar y dirigir reuniones de corte sanitario en el continente americano.¹⁷

La Asociación Estadounidense, Canadiense, Mexicana y Cubana (AECMC) se configuró por la adhesión de los países miembros a la estadounidense Asociación Americana de Salud Pública (APHA, por sus siglas en inglés), la cual fue creada en 1872. Su ámbito de acción permaneció dentro de Estados Unidos hasta que Canadá, México y Cuba se unieron en 1884, 1892 y 1902 respectivamente. La motivación de la APHA para

¹⁴ WALZER, “Typhoid”; AGOSTONI, *Monuments*.

¹⁵ BYNUM, “Policing”, pp. 433-434.

¹⁶ STERN y MARKEL, “International”, p. 1478.

¹⁷ REBELO, “A travessia”, p. 259; WÜSTENBECKER, “Hamburg”, pp. 223-234.

expandir su alcance nacional se explica como una medida que buscaba proteger los flujos comerciales internacionales. Así, las reuniones entre los países miembros hicieron posible la discusión de estándares en las políticas sanitarias regionales. Como han sugerido Carrillo y Birn, las relaciones en el marco de esta organización tuvieron sus momentos de tensión en un inicio. Usualmente Estados Unidos buscó incidir en cuáles enfermedades atacar en cada país y presionó para que los otros miembros adoptasen medidas higienistas en puertos y ciudades fronterizas, e incluso intervino en los asuntos internos de los países con el pretexto de monitorear condiciones sanitarias.¹⁸

A finales de 1901 e inicios de 1902, se realizó en la ciudad de México la II Conferencia Internacional de los Estados Americanos, donde se discutió, entre otros asuntos, la necesidad de evitar las cuarentenas porque tenían efectos negativos en el intercambio comercial. En las conclusiones de esta Conferencia se propuso celebrar la primera Convención Sanitaria de las Repúblicas Americanas, la que tuvo lugar a finales de 1902 en la ciudad de Washington y condujo a la creación de la Oficina Sanitaria Internacional (OSI), actual Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OSI estaba compuesta por siete miembros, con Walter Wyman, cirujano general del U. S. Marine Hospital Service,¹⁹ como su primer presidente, y tenía la función de recibir informes de las condiciones sanitarias de puertos y territorios del continente. Además, en esta primera reunión se discutieron temas relativos a la desinfección de pertenencias y la detención de personas en las estaciones bajo cuarentena, las cuales debían ser lo más breve posibles y compatibles con la salud pública, y en concordancia con los preceptos científicos.²⁰

¹⁸ CARRILLO y BIRN, "Neighbours", pp. 231, 236 y 247.

¹⁹ En 1903, esta institución se renombró U.S. Public Health and Marine Hospital Service, y en 1912 adquirió el nombre de U.S. Public Health Service.

²⁰ PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, *Transactions of the First General International Sanitary Convention of the American Republics Held*

En Estados Unidos y México, la formulación de políticas migratorias con base en criterios de salud sucedió al mismo tiempo que emergieron nociones cambiantes del origen y transmisión de las enfermedades. Las condiciones institucionales para la definición de enfermedades que podrían causar daño en el continente y el debate de las nociones sobre la prevención y los tratamientos (generalmente en fase experimental) obliga a analizar los medios que Estados Unidos buscó para que México adoptara medidas de salud pública enfocadas hacia inmigrantes.

Si las normas estadounidenses de la década de 1880 dieron paso a la creación de la inmigración irregular hacia Estados Unidos, la ampliación de los criterios para ingresar legalmente a ese país en las décadas siguientes dio forma al perfil del inmigrante que utilizó las fronteras de Canadá y México para internarse a territorio estadounidense.²¹ En este sentido, la Immigration Act of March 3, 1891, amplió y redefinió los perfiles de inmigrantes indeseables al adherir a esta lista a los polígamos, los convictos por crímenes morales y personas con “enfermedades contagiosas o repugnantes”. Para Ettinger, la prohibición de la entrada al país de esta última clase de migrantes estimuló de manera considerable el contrabando ilícito de personas a través de las fronteras; “en las siguientes dos décadas las fronteras se convirtieron en rutas alternativas para aquellos juzgados como no aptos en términos médicos”.²²

at Washington. December 2, 3 and 4, 1902, p. 9; REBELO, “A travessia”, p. 263.

²¹ ETTINGER, *Imaginary*.

²² En 1903 se extendió la lista de inmigrantes indeseables al incluir a anarquistas, epilépticos, prostitutas y profesionales de las apuestas. En 1907 se incluyó a los “imbéciles” y enfermos de tuberculosis. Véase ETTINGER, *Imaginary*, pp. 69-70. (La traducción es mía.) La tuberculosis es causada por el bacilo de Koch que al extenderse por los pulmones forma nódulos que al reventar el tejido pulmonar generan cavidades. La tos, fiebre, sudores y pérdida de peso son síntomas comunes de la enfermedad. Editors of the Encyclopaedia Britannica,

En los primeros años del siglo xx, Estados Unidos buscó que las compañías de ferrocarril y el gobierno mexicano permitieran que funcionarios estadounidenses realizaran inspecciones en puertos y estaciones ferroviarias del interior del país. Washington buscaba un arreglo en términos similares a la colaboración con Canadá para así frenar el ingreso de asiáticos. En dicho acuerdo del estadounidense Bureau of Immigration las empresas de ferrocarril canadienses permitían que agentes migratorios estadounidenses inspeccionaran a los asiáticos que llegaban a Canadá, además que no vendían boletos hacia puntos fronterizos con Estados Unidos a los inmigrantes recién llegados a puertos canadienses.²³

En este contexto cobra relevancia la discusión de los descubrimientos de la bacteriología en las reuniones y conferencias interamericanas, pues las recomendaciones en estos espacios informaron sobre la definición de medidas para la selección de extranjeros en México. Los médicos mexicanos que participaron en aquéllas apropiaron y adaptaron las sugerencias y recomendaciones. Esto es importante porque ilustra que la “influencia” estadounidense en el diseño de políticas migratorias trasciende la negociación directa con sus contrapartes en México.

ENFERMEDADES CONTAGIOSAS Y SELECCIÓN DE EXTRANJEROS: EL TRACOMA Y LAS INSPECCIONES MÉDICAS

El tracoma es una patología ocular que puede causar ceguera. Los síntomas se inician con una irritación en el ojo, “ojo rojo”. En los casos de irritación severa, las pestañas pueden invertirse y rozar la córnea, lo cual produce ulceraciones oculares y, posteriormente, cicatrización, pérdida visual y en casos extremos,

“Tuberculosis (TB)”, <http://www.britannica.com/science/tuberculosis> (Consultado el 15 de mayo de 2020.)

²³ GEIGER. *Subverting*, cap. 5; YANKELEVICH, *Los otros*, pp. 76 y ss.

ceguera. Los primeros síntomas se presentan de 5 a 12 días después de haberse expuesto a la bacteria causante de esta infección, *Chlamydia trachomatis*. Esta bacteria se propaga mediante el contacto directo con secreciones del ojo, nariz y garganta de un enfermo, o por medio del contacto con objetos contaminados, como prendas de vestir, pañuelos, toallas, etc. Además, algunas moscas pueden transmitir la bacteria.²⁴

Las reuniones médicas interamericanas sirvieron para la presentación, discusión y adopción de recomendaciones que buscaban prevenir los riesgos de esta enfermedad. Durante la reunión de la APHA de diciembre de 1906 en la ciudad de México, el médico cirujano especialista en oftalmología Lorenzo Chávez dio una plática en torno del tracoma en México. Criticó a quienes mostraban escepticismo por la presencia de esta enfermedad y que argumentaban la pérdida de capacidad de contagio por la altura de la ciudad de México, tal y como sucedía con la fiebre amarilla.²⁵

En su puesto de director del Hospital Oftalmológico en México, Chávez estaba convencido de la presencia del tracoma en el país y advertía de los riesgos de contagio entre la población. Con el reconocimiento que hacía Chávez de que la falta de higiene y los hacinamientos favorecían la propagación de la enfermedad, y su aceptación de la necesidad de un individuo enfermo para propagar el tracoma, el oftalmólogo enfatizaba la incidencia de la enfermedad por los factores sociales y humanos que la detonaban. A inicios del siglo xx los espacios de discusión de saberes médicos en Europa debatían la factibilidad de contagio e inmunidad de la enfermedad en términos de raza y clase,

²⁴ Véase DI LISCIA y FERNÁNDEZ, “Sin puerto”, p. 3.

²⁵ CHÁVEZ, “Trachoma in Mexico”, p. 230. En 1900 se descubrió que la fiebre amarilla se transmite a los humanos por la picadura del mosquito *Aedes aegypti*; de ahí que su incidencia sea en lugares templados. STEPAN, *Eradication*, p. 21; Editors of the Encyclopaedia Britannica, “Yellow fever” <http://www.britannica.com/science/yellow-fever#ref182697> (consultado el 7 de mayo de 2020).

en donde Europa y Estados Unidos se concebían, junto con las clases media y alta, como inmunes a la enfermedad.²⁶

Según Chávez, México se había librado hasta ese momento de la presencia del tracoma por el bajo número de inmigrantes que ingresaban al país, y por el hecho de que aquellas nacionalidades que llegaban en mayor cantidad presentaban bajos índices de esta enfermedad; además de que no se mezclaban íntimamente con las clases bajas del país, a las que asumía como sucias y antihigiénicas. Sin embargo, en 1906, Chávez reportó la presencia de tracomatosos en la ciudad de México. Al mismo tiempo que validaba sus resultados por las pruebas que obtuvo del laboratorio, atribuía la presencia de esta epidemia a factores higiénicos, que confirmaban los discursos de modernización por medio de la salud pública del porfiriato y, además, advertía la necesidad de seleccionar extranjeros indeseables por motivos de salud pública.²⁷

Tanto Chávez como los médicos mexicanos que asistieron a la reunión de 1906, expresaron su preocupación por la llegada de inmigrantes sirios y asiáticos al país.²⁸ El director del Hospital Oftalmológico señalaba que los inmigrantes españoles presentaban el mayor número de tracomatosos; sin embargo, apuntaba los resultados del médico cubano Santos Fernández respecto al bajo índice de casos presentados entre españoles frente al mayor que presentaban los provenientes de Siria, “un país eminentemente de tracomatosos” y de los cuales el mismo Chávez había tratado recientemente cuatro casos. Por su parte, durante las Conferencias Sanitarias de los Estados Americanos (1907), el director del CSS desde 1885 y hasta el final del porfiriato, Eduardo Liceaga, insistió en que los inmigrantes asiáticos, y principalmente chinos, eran la causa

²⁶ CHÁVEZ, “Trachoma in Mexico”, p. 230; SHAH, *Contagious*.

²⁷ CHÁVEZ, “Trachoma in Mexico”, pp. 234-235.

²⁸ CHÁVEZ, “Trachoma in Mexico”, pp. 230 y ss., y 260 y ss.

principal de la importación de esta enfermedad a México y al continente americano.²⁹

Entre las recomendaciones de la tercera Conferencia Sanitaria de los Estados Americanos, que tuvo lugar del 2 al 7 de diciembre de 1907 en la ciudad de México, se sugirió que el tracoma fuese causal de rechazo a los inmigrantes que buscaran ingresar a los países del continente. Antes de esta reunión, la enfermedad no fue discutida en estos espacios. A pesar de la presencia contrastante de la enfermedad en los países de la región, las reuniones subsecuentes reafirmaron la recomendación de negar el acceso a sus respectivos países a aquellos inmigrantes con este padecimiento ocular. Las discusiones que tuvieron lugar en éstas, las cuarta y quinta Conferencias (1910 y 1911), permiten ver los distintos acercamientos que tuvieron las oficinas encargadas de la salud pública en el continente americano. Mientras que Estados Unidos, Cuba, Brasil y México contemplaban en su legislación el rechazo de los tracomatosos, algunos países del sur y Centroamérica no habían presentado ningún caso durante la primera década del siglo pasado.³⁰

En su calidad de presidente de la tercera Conferencia (1907), Liceaga enfatizó que la política sanitaria internacional debía comenzar a enfocarse en las enfermedades crónicas, como el tracoma y el beriberi, esta última con síntomas que incluían la inflamación de los pies o las piernas. Ambos padecimientos apuntaban a la regulación de condiciones que inhabilitaban para el trabajo, pero que además los saberes médicos asociaban

²⁹ CHÁVEZ, "Trachoma in Mexico", pp. 235-236; INTERNATIONAL BUREAU OF THE AMERICAN REPUBLICS, *Transactions of the Third International Sanitary Conference of the American Republics, Held at City of Mexico, December 2-7, 1907*, pp. 64-65.

³⁰ PAN AMERICAN UNION, *Transactions of the Fourth International Sanitary Conference of the American Republics Held in San José, Costa Rica, December 25, 1909 to January 3, 1910*, p. 68.

con la población asiática.³¹ La discusión de cómo prevenir la propagación del tracoma y otras enfermedades encontró un punto de acuerdo con la exclusión de los enfermos en vez del agente patógeno. Como puede observarse en las discusiones de la OSI, esta medida seguía un esquema similar a las políticas que Estados Unidos había institucionalizado en su Servicio de Inmigración.³² En la conferencia de 1907, Walter Wayman argumentó que la mejor medida preventiva para los países de la región era la exclusión de quienes llegasen con tracoma y explicó el procedimiento que seguían en su país para la inspección de los migrantes, a quienes se les atribuía la propagación. Explicó que los sospechosos eran aislados y puestos en observación durante un periodo de diez días para evitar el contagio a personas sanas. Mientras que una simple inflamación de la conjuntiva mejoraba a los pocos días, decía Wayman, el tracoma se hacía evidente por ser crónico y mostrar resistencia a los remedios para curarlo. Asimismo, desde finales del siglo XIX el gobierno estadounidense enviaba inspectores a algunos puertos extranjeros para prevenir que tracomatosos, o con alguna otra

³¹ Esta enfermedad se presenta por la deficiencia de tiamina, o vitamina B1, que ayuda en el metabolismo de los carbohidratos. Al inicio de la enfermedad la persona tiene problemas digestivos (ausencia de apetito), presenta debilidad corporal y pierde sensibilidad en las extremidades, principalmente las piernas. Después se presenta hinchazón en las extremidades inferiores, que puede derivar en problemas cardíacos y la muerte. A inicios del siglo XX, el cultivo y procesamiento del arroz llevaban a la desaparición de la tiamina en este grano; actualmente la incidencia de la enfermedad se ha reducido por el enriquecimiento artificial del mismo. Debido a la presencia importante del arroz en la dieta diaria de sociedades asiáticas era común la asociación de esta enfermedad con el origen geográfico de las personas. CARPENTER, *Beriberi*, cap. 2; Editors of the Encyclopaedia Britannica, “Beriberi”, <http://www.britannica.com/science/beriberi> (Consultado el 7 de mayo de 2020).

³² INTERNATIONAL BUREAU OF THE AMERICAN REPUBLICS, *Transactions of the Third International Sanitary Conference of the American Republics, Held at City of Mexico, December 2-7, 1907*, p. 20.

enfermedad considerada de alto riesgo de contagio, se embarcaran con destino a Estados Unidos.³³

La legislación estadounidense fue precursora de la asociación del tracoma con grupos considerados indeseables por su origen étnico; principalmente aquellos que provenían de Grecia, Siria, la región mediterránea de Italia y Asia. A partir de 1897 se clasificó como una enfermedad de “contagio peligroso”, por lo que cualquier extranjero tracomatoso que llegase a puertos estadounidenses debía ser deportado.³⁴ Sin embargo, existían debates en la comunidad médica estadounidense e internacional sobre los síntomas y el contagio, lo que a su vez dificultaba el consenso del diagnóstico.³⁵

La inspección ocular en búsqueda de síntomas de tracoma fue uno de los procedimientos que la burocracia estadounidense añadió a las inspecciones médicas de inmigrantes a inicios del siglo xx. En buena medida, el diagnóstico estaba en función del criterio personal de los médicos.³⁶ En 1900 las inspecciones de los ojos se realizaban solamente a quienes tuvieran síntomas visibles de tracoma, principalmente granulaciones o inflamación ocular. Después de 1903, cuando el tracoma era una de las dos enfermedades causantes de deportación,³⁷ se incrementó el número de personas excluidas por esta razón. A partir de 1905, todos los inmigrantes que llegaban a Ellis Island en Nueva York eran inspeccionados en busca de esta enfermedad.

³³ INTERNATIONAL BUREAU OF THE AMERICAN REPUBLICS, *Transactions of the Third International Sanitary Conference of the American Republics, Held at City of Mexico, December 2-7, 1907*, p. 218. Véanse ZOLBERG, *A Nation*; BIRN, “Six seconds”, p. 312.

³⁴ INTERNATIONAL BUREAU OF THE AMERICAN REPUBLICS, *Transactions of the Third International Sanitary Conference of the American Republics, Held at City of Mexico, December 2-7, 1907*, p. 217.

³⁵ Clark y Schereschewsky, “Trachoma: Its character and effects”, citados en SHAH, *Contagious*, p. 187; DI LISCIA y FERNÁNDEZ, “Sin puerto”, p. 12.

³⁶ DI LISCIA y FERNÁNDEZ, “Sin puerto”, p. 12; BIRN, “Six seconds”.

³⁷ La otra era la tuberculosis pulmonar.

El 90% de las deportaciones en 1908 se debieron al tracoma; sin embargo, no existía un consenso en el diagnóstico de la enfermedad, por lo que la decisión quedaba al arbitrio personal de los médicos. En 1910, la proporción de rechazados por tracoma se redujo drásticamente, cuando las enfermedades parasitarias (identificables por pruebas de laboratorio) se tipificaron en la ley de Estados Unidos como causa de deportación. En 1900, 60% de los expulsados fue por presentar tracoma, mientras que para 1911 hubo una disminución a 8 por ciento.³⁸

Además de Estados Unidos, Argentina, Brasil y México implementaron una legislación antitracomatosa que excluía a grupos étnicos indeseables por causas raciales o políticas, pero a quienes era más fácil distinguir como portadores de esta enfermedad, la cual se consideraba que inhabilitaba a las personas. Di Liscia y Fernández exponen que esta enfermedad era asociada frecuentemente con prácticas antihigiénicas por los inspectores migratorios en el puerto de Buenos Aires. Las historiadoras demuestran que los inspectores sanitarios en Argentina emitían juicios sobre los inmigrantes antes de que éstos descendieran de los barcos, y los excluían de ingresar al país por lo “anormal” de su raza, su situación de pobreza o por la debilidad femenina cuando las mujeres viajaban solas.³⁹

Es importante resaltar que, a pesar de la presencia de los discursos de salud pública en las políticas migratorias restrictivas en Estados Unidos durante cerca de cinco décadas (1880-1930), la incorporación de nociones de salud y enfermedad como dispositivos para excluir a inmigrantes indeseables se sobrepuso a otros discursos y lógicas de exclusión. Las leyes que restringieron la entrada de trabajadores chinos a Estados Unidos en 1882, así como los esfuerzos de los gobiernos locales en el periodo anterior a la era prohibicionista no tenían su inspiración en criterios de salud y

³⁸ Véase SHAH, *Contagious*, pp. 187-189.

³⁹ DI LISCIA y FERNÁNDEZ, “Sin puerto”, p. 12.

enfermedad, sino en nociones de carga pública, donde la pobreza se identificaba como una situación en que los individuos podían convertirse en una carga para las instituciones del Estado.⁴⁰

También durante este periodo convergieron una serie de factores para que los discursos y prácticas médicas mediaran en los desplazamientos de personas. Así, desde la eugenesia surgieron discursos que caracterizaban las inmigraciones como una amenaza, pues a algunos de los inmigrantes se les relacionaba con un riesgo de degeneración racial. De tal manera que el uso de categorías médicas que validaban científicamente la exclusión de aquellos considerados biológicamente como inferiores reforzó la percepción de que ciertos extranjeros representaban un factor de riesgo para la salud de la nación.⁴¹

LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS MIGRATORIAS:
EXCLUSIÓN DE CHINOS EN LOS PUERTOS DE HONG KONG
Y SALINA CRUZ (1907-1908)

A inicios del siglo pasado, el puerto de Hong Kong era el principal punto de salida de los inmigrantes chinos hacia el continente americano y servía como centro de operaciones de las compañías navieras que trasladaban inmigrantes a México.⁴² En 1902 se formó la China Commercial Steamship Company (CCSC) con el propósito de transportar trabajadores del sur de China hacia México. Salina Cruz se estableció como el puerto que recibiría a las embarcaciones con más de diez inmigrantes de aquel país.

⁴⁰ ETTINGER, *Imaginary*, caps. 1 y 2; CHAO, *The Chinese*; YOUNG, *Alien*.

⁴¹ REGGIANI, *Historia mínima de la eugenesia*, pp. 83-122; MARKEL y STERN, "The foreignness", pp. 757-767; KRAUT, *Silent*.

⁴² Como parte del boleto para el viaje a San Francisco, California, las Golden Mountain firms ofrecían examinar la situación de salud de los pasajeros, corroborar que tuvieran los documentos necesarios, llenar los formularios consulares y comprar alimentos y accesorios que los inmigrantes necesitarían para el viaje. MANDUJANO-LÓPEZ, "Transpacific", p. 11; LEE, *At América's*, pp. 120-121.

Además, las compañías navieras podían desembarcar personas en Acapulco, Mazatlán, Guaymas, Tampico, Veracruz o Coatzacoalcos, cuando la tripulación era menor de diez.⁴³

La CCSC contaba con un médico que realizaba inspecciones a los tripulantes que hacían el viaje trasatlántico y constaba de tres etapas: una en tierra en búsqueda de tracoma; quienes no presentaban síntomas de la enfermedad eran conducidos a la sala de desinfecciones para eliminar agentes patógenos de enfermedades generales; finalmente, se hacía una última inspección dentro del barco antes de zarpar para evitar la sustitución de personas. A modo de ilustración de la falta de consenso en esta práctica, también puede contrastarse la inspección de migrantes en Estados Unidos, donde a inicios del siglo xx esta práctica consistía en tres procedimientos: 1) la inspección del cuerpo desnudo para detectar síntomas visibles de enfermedades como la peste bubónica o condiciones “repugnantes” como la lepra;⁴⁴ 2) la exploración de órganos con la finalidad de detectar infecciones y defectos. Como se mencionó arriba, durante la primera década del siglo se introdujo la inspección de los ojos; 3) también en la primera década se introdujo la examinación, por medio del microscópio, de fluidos corporales para detectar parásitos.⁴⁵

⁴³ PRO, HK, C.O. 129/378, f. 129: Sanitary preventions in force relative to Immigrants from China and Japan [translation], Mexico, 12 de abril, 1907. Agradezco a Ruth Mandujano-López por compartirme los expedientes relativos a México que encontró en Public Records-Office de Hong Kong y que utilizó para su tesis doctoral “Transpacific”.

⁴⁴ La peste bubónica es ocasionada por la bacteria *Yersinia pestis*. Los síntomas incluyen inflamación de los ganglios linfáticos en las ingles, las axilas o el cuello. La lepra es causada por la bacteria *Mycobacterium leprae* y afecta la piel, los tejidos nasales, y los sistemas nervioso y óseo. Los síntomas pueden incluir ulceración en la piel y generalmente se presenta con hinchazón y pigmentación oscura de la piel. REBOLES, *La peste*; RODRIGUEZ-MARTIN y AUFDERHEIDE, “Leprosy”, <http://search.credoreference.com/content/entry/cuphumpaleo/leprosy/0>, (consultado el 7 de mayo de 2020).

⁴⁵ PRO, HK, C.O.129/378, f. 305: Re appointment to examine emigrants from Hong Kong to Mexico, s/f.; véase SHAH, *Contagious*, pp. 180-181.

El brote epidémico de peste bubónica que se presentó en Mazatlán y Baja California a fines de 1902 e inicios de 1903 encendió las alarmas del gobierno mexicano por la presencia de chinos en México. La historiografía ha identificado este hecho como el origen de la selección de asiáticos en puertos y fronteras a partir de criterios de salud pública. En efecto, la Secretaría de Gobernación creó una Comisión en octubre de 1903 para “Estudiar la inmigración china y japonesa desde el punto de vista de salubridad y bajo los aspectos legal, económico y social, o sea en relación con el progreso moral, intelectual y físico del país”.⁴⁶ En diciembre de 1908 se creó el Servicio de Inspección de Inmigrantes, que buscaba vigilar y controlar que los extranjeros que ingresaran al país no fuesen “notoriamente nocivo[s] en el orden moral ni sanitario”. Antes de la promulgación de esta ley y su entrada en vigor al año siguiente, el Servicio de Salubridad, por medio de sus delegados en los puertos, era la institución encargada de realizar inspecciones a los extranjeros que deseaban ingresar al país.⁴⁷

La participación de médicos en la regulación de la migración de finales del porfiriato fue central en la formación de perfiles de la inmigración indeseable. El doctor Francisco Valenzuela participó como oficial de salubridad durante el porfiriato y después de la Revolución, además de ser profesor de Higiene en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Fue delegado sanitario del css en el puerto de Salina Cruz en 1907 y durante su carrera médica tuvo actividades de inspección sanitaria en Nueva York y San Francisco (Ellis Island y Angel Island, respectivamente), así como en los servicios de inmigración de Argel, Marsella, Toulon, Nápoles, Hong Kong y Nagasaki. Este inspector realizó la inspección y emisión de certificados de

⁴⁶ LANDA, *El Servicio*, p. 3.

⁴⁷ LANDA, *El Servicio*. Véanse también YANKELEVICH, *Los otros*, pp. 71 y ss.; CARRILLO, “Políticas”; CHANG, *Chino*.

salud para los migrantes que se embarcaran en Hong Kong con destino a México de octubre de 1907 a enero de 1908, cuando renunció por cuestiones de salud. La estancia de Valenzuela en el puerto asiático inició 10 meses después de que Chávez reportara cuatro casos de tracomatosis sirios en la ciudad de México, y dos meses antes de la denuncia que hiciera Liceaga en la tercera reunión de 1907 respecto a la contención de enfermedades crónicas. A modo de preparación de la misión en Hong Kong, Valenzuela visitó el Laboratorio de Higiene de Washington y el Laboratorio Pasteur de París.⁴⁸

Las instrucciones que recibió el inspector de salubridad para su misión ilustran la intención del Estado mexicano de evitar brotes epidémicos mediante la selección de personas y estrategias de salubridad. El objetivo planteado para esta primera misión sanitaria mexicana en Asia fue que el delegado realizara “la inspección médica de los inmigrantes chinos, japoneses ó de cualquier otra nacionalidad, que se embarquen con destino a México”.⁴⁹ De acuerdo con la intervención de Liceaga durante la Reunión de los Estados Americanos de 1907, la práctica de realizar inspecciones a los inmigrantes chinos con destino a México tenía como objetivo evitar que se embarcaran personas que presentaran peste bubónica, cólera o cualquier otra enfermedad transmisible.⁵⁰

⁴⁸ AHSSA, DSP, E, c. 72, exp. 22, Carta de Francisco Valenzuela al Secretario de Gobernación, 18 de enero, 1908; VALENZUELA, *Compendio*; TÉLLEZ, *Estudio*, p. 40; CARRILLO, “Políticas”, p. 208.

⁴⁹ AHSSA, DSP, E, c. 72, exp. 22: Instrucciones á que debe sujetarse el Delegado del Consejo Superior de Salubridad en el puerto de Hong Kong, s/f. En esta cita y las siguientes se respeta la ortografía del texto original.

⁵⁰ INTERNATIONAL BUREAU OF THE AMERICAN REPUBLICS, *Transactions of the Third International Sanitary Conference of the American Republics, Held at City of Mexico, December 2-7, 1907*, p. 178. El cólera es una infección aguda del intestino delgado causada por la bacteria *Vibrio cholerae*. Su principal síntoma es la diarrea, que conlleva la rápida pérdida de fluidos y minerales.

Valenzuela tenía instrucciones de restringir que se embarcaran los migrantes con enfermedades visibles, repugnantes y que inhabilitaran a las personas para el trabajo. En la lista se encontraban la “peste bubónica, cólera, fiebre amarilla, meningitis cerebroespinal, viruela, fiebre tifoidea, tifo exantemático, escrófula, paludismo (con abscesos actuales), beri-beri, tracoma, sarna, erupciones de la piel muy extensas, sifilíticas ó de otro origen, ó cualquiera otra enfermedad transmisible aguda ó crónica”.⁵¹ Además de personas con enfermedades contagiosas,

WALDMAN, “cholera”, <http://www.britannica.com/science/cholera> (consultado el 11 de mayo de 2020).

⁵¹ La meningitis es una inflamación de las meninges debida a una infección por virus, bacterias u hongos. Los síntomas de la enfermedad son dolores de cabeza, fiebre, pérdida del apetito, intolerancia a la luz y el sonido, rigidez en los músculos (particularmente del cuello), y en casos severos convulsiones, vómito y delirio que pueden causar la muerte. MARTIN, *Concise*. “meningitis”, <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199687817.001.0001/acref-9780199687817-e-6085> (consultado el 15 de mayo de 2020). Los síntomas de la viruela son fiebre, dolor de cabeza y erupciones en la piel que dejan marcas a quienes sobreviven la enfermedad. Editors of the Encyclopaedia Britannica, “smallpox”, <http://www.britannica.com/science/smallpox> (consultado el 15 de mayo de 2020). La fiebre tifoidea es causada por la bacteria *serovar Typhi*, y se contagia generalmente por consumir agua o alimentos contaminados, luego llega a las paredes intestinales desde donde entra al torrente sanguíneo. Editors of the Encyclopaedia Britannica, “Typhoid fever”, <http://www.britannica.com/science/typhoid-fever> (consultado el 15 de mayo de 2020). El tifo exantemático refiere a cualquier enfermedad infecciosa causada por el grupo de bacterias *rickettsiae* y que se caracterizan por dolores de cabeza intensos, erupciones en la piel, fiebre y delirio. MARTIN, *Concise*. “Typhus (spotted fever)”, <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199687817.001.0001/acref-9780199687817-e-10462#> (consultado el 15 de mayo de 2020). La escrófula refiere la presencia de nódulos en huesos y glándulas linfáticas, particularmente en los niños. Encyclopaedia Britannica Online “scrofula”, <http://www.britannica.com/science/scrofula> (consultado el 15 de mayo de 2020). El paludismo se transmite a los humanos por la picadura del mosquito *Anopheles*. Sus síntomas son fiebre y escalofríos, anemia e inflamación del bazo. Editors of the Encyclopaedia Britannica, “Malaria”, <http://www.britannica.com/science/malaria> (consultado el 15 de mayo de 2020). La

se rechazaba que embarcaran las personas poco aptas para actividades de producción económica: cojos, mancos, jorobados, ciegos o lisiados, ancianos, niños raquíuticos o cretinos, adultos débiles que estuvieran inhabilitados para el trabajo.⁵² De esta manera, el Estado mexicano también tipificaba la condición de discapacidad mental y física para trabajar como susceptible de derivar en carga pública para el Estado.⁵³

Valenzuela también debía realizar la inspección médica en el lugar del embarque con la finalidad de evitar la sustitución de personas sanas por enfermas. Para la emisión de certificados de salud, el inspector debía exigir a los migrantes un comprobante de vacunación; sin embargo, no se expresa qué tipo de vacunas eran las que debían certificar los migrantes.⁵⁴ Luego de llevar a cabo la inspección y elaborar la lista de migrantes en un libro de registro, estos documentos serían visados por el cónsul mexicano o, en su defecto, por el estadounidense.⁵⁵ Esta última instrucción se entiende si se considera que Hong Kong no era el único lugar donde el delegado debía trabajar, pues se le solicitó “trasladarse á otros puertos del Asia cuando se le ordene

sarna es una infección de la piel causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, el cual se transmite de persona a persona y se caracteriza por comezón e inflamación de la piel, particularmente por las noches. Algunos de los lugares comunes de infección son las áreas pélvicas y los pezones. MARTIN, *Concise*. “scabies”, <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780199557141.001.0001/acref-9780199557141-e-9019> (consultado el 15 de mayo de 2020).

⁵² AHSSA, DSP, E, c. 72, exp. 22, Instrucciones á que debe sujetarse el Delegado del Consejo Superior de Salubridad en el puerto de Hong Kong, s/f.

⁵³ LICEAGA y MONJARÁS, “Report Presented by the Delegation from Mexico”, PAN AMERICAN UNION, *Transactions of the Fourth International Sanitary Conference of the American Republics, Held at San José Costa Rica, December 25, 1909 to January 3, 1910*, Washington, Pan American Union, 1910, pp. 167-171.

⁵⁴ Las únicas vacunas conocidas a inicios del siglo xx eran contra la viruela, la rabia, fiebre tifoidea, cólera y la peste bubónica. PLOTKIN (ed.), *History*, p. 3.

⁵⁵ AHSSA, DSP, E, c. 72, exp. 22, Instrucciones á que debe sujetarse el Delegado del Consejo Superior de Salubridad en el puerto de Hong Kong, s/f.

por el Consejo Superior de Salubridad que lo haga así, ó cuando para ello sea requerido por alguna compañía ó empresa que haya de despachar inmigrantes para México".⁵⁶ El envío de este funcionario a puertos asiáticos con elevados objetivos y escasos recursos humanos permite entrever la limitante de recursos económicos del Estado mexicano al momento que buscó seleccionar a extranjeros. Durante su estancia, Valenzuela substituyó el ideal médico de la identificación y contención de gérmenes y bacterias por la selección práctica de aquellos individuos que consideraba no aptos por cuestiones de salud pública. La revisión rápida a los ojos de los inmigrantes resultaba más sencilla que la comprobación por laboratorio de otras enfermedades contagiosas, como la tuberculosis.

En cuanto a las medidas de salubridad, Valenzuela tenía la instrucción de notificar a la compañía o capitán la utilidad de desinfectar los buques para evitar dificultades al momento del desembarque en Salina Cruz. Especialmente, en casos de epizootia o epidemia de peste bubónica el delegado debía poner cuidado en matar todas las ratas y ratones de la embarcación. De igual manera, en caso de existir una epidemia en la región y que saliese sin desinfectar un buque con inmigrantes hacia puertos mexicanos, el delegado debía comunicar vía telégrafo al css.⁵⁷

Después de su corta estancia en Hong Kong, Valenzuela elaboró un informe de las actividades en el puerto asiático, donde expresó sospechas de que la inmigración asiática era indeseable por motivos de salud pública. Apuntó que muchos de los que buscaban ingresar a las costas del Pacífico mexicano fueron rechazados de entrar a Estados Unidos, por lo que era necesario poner atención a su condición de salud en tanto que "las defensas en los servicios de puertos no eran suficientes para resguardar

⁵⁶ AHSSA, DSP, E, c. 72, exp. 22, *Diario Oficial*, Estados Unidos Mexicanos, 26 de octubre de 1907.

⁵⁷ AHSSA, DSP, E, c. 72, exp. 22, *Diario Oficial*, Estados Unidos Mexicanos, 26 de octubre de 1907.

debidamente al país de la invasión de aquellos elementos casi todos nocivos. Tal fue la causa de la invasión de peste bubónica que tuvimos que lamentar en Mazatlán, en el año de 1903”.⁵⁸

En su reporte, el inspector de salud hizo una serie de recomendaciones al jefe del css, Eduardo Liceaga, para interactuar en el futuro con las compañías de inmigración; entre éstas se destacan la de implementar la identificación del inmigrante en una boleta de papel para informar su estado de salud y datos que permitan su eventual reconocimiento, así como enviar un médico que inspeccione los procedimientos de abordaje de las embarcaciones, prestando especial atención a las condiciones en que viajaban los inmigrantes, generalmente en hacinamiento, lo que propiciaba la propagación de enfermedades. Por lo tanto, Valenzuela sugirió que médicos jóvenes cuidasen durante el trayecto la salubridad de la embarcación y la de los tripulantes, con la doble finalidad de que conocieran la patología de “enfermedades de países lejanos” y pudieran, eventualmente, prestar sus conocimientos a la patria en caso de que se presentase una enfermedad exótica en territorio nacional.⁵⁹

Valenzuela también advirtió de los riesgos de propagación de enfermedades por la corrupción de las compañías navieras. De acuerdo con el informe de Valenzuela, la corrupción era una práctica cotidiana en la expedición de los permisos que los delegados de Salubridad otorgaban a las compañías chinas, japonesas y estadounidenses. “Esto originó la invasión de nuestro territorio por enfermedades exóticas como el tracoma, beriberi y otras que fueron importadas por huéspedes enfermos, a los cuales se les permitió la entrada a cambio de unos cuantos billetes de banco que los delegados poco escrupulosos en el cumplimiento de su deber recibieron de las empresas traficantes.”⁶⁰ La

⁵⁸ Citado en LANDA, *El Servicio*, p. 4.

⁵⁹ TÉLLEZ, *Estudio*, pp. 38-40

⁶⁰ LANDA, *El Servicio*, p. 6.

historiografía más reciente del control migratorio ha advertido que la aplicación discrecional de las normas migratorias propició la corrupción, lo que, paradójicamente, facilitó la inmigración. El estudio de Yankelevich refiere el negocio entre emisarios de las compañías navieras y funcionarios del gobierno de Porfirio Díaz, que permitía burlar el sistema de vigilancia hacia los extranjeros, principalmente chinos, que llegaban a Salina Cruz.⁶¹

Las interpretaciones que hicieron el inspector Valenzuela, el oftalmólogo Chávez y el presidente del CSS Liceaga de cómo el Estado mexicano buscó seleccionar la inmigración de asiáticos contienen un elevado optimismo de los beneficios de la ciencia médica para salvaguardar la salud de la nación. También puede identificarse este tono triunfalista de los avances científicos en las reuniones internacionales cuando, por ejemplo, durante el IV Congreso Médico Latinoamericano (1909) Liceaga recibió un reconocimiento por la campaña de combate a la peste de 1902-1903. Es posible señalar que estos espacios también cumplían una función de celebrar las prácticas de salud pública que se acercaban a la estandarización internacional con el liderazgo estadounidense.⁶² Esas historias prestan poca atención a las dificultades económicas y de infraestructura, o incluso a las críticas que recibieron los inspectores de salubridad mexicanos en el contexto de saberes y prácticas que carecían de consenso en la medicina.

La estancia de Valenzuela en Hong Kong y las prácticas de inspección en puertos mexicanos recibieron fuertes críticas por parte de los médicos de las compañías navieras y también de

⁶¹ YANKELEVICH, *Los otros*, pp. 149-150; TREJO, “Los coyotes”.

⁶² Liceaga presentó la campaña contra la epidemia como resultado de “todas las medidas que la ciencia aconseja en casos semejantes”, y ratificó el compromiso del gobierno mexicano con la salud pública y “con el menor perjuicio posible para los intereses del comercio y la navegación.” AHSRE, EMEUA, leg. 164, exp. 4, f. 42: Carta de Eduardo Liceaga a John S. Fulton, Secretario del State Board of Health of Maryland, 21 de enero de 1903; SHAH, *Contagious*, cap. 5.

otros inspectores instalados en el puerto asiático. Después de que Valenzuela dejara el puerto de Hong Kong, la responsabilidad de continuar con tales procedimientos para prevenir que inmigrantes indeseables se embarcaran hacia puertos mexicanos estuvo en el oficial de Salud del puerto asiático, doctor Grone, quien expedía boletas del estado de salud para que las visara el cónsul mexicano.⁶³

Un informe de noviembre de 1908 elaborado en Hong Kong por el patólogo británico G. P. Jordan calificó de absurdas las inspecciones realizadas por Valenzuela, pues tenían un alto índice de rechazados en relación con las llevadas a cabo en las mismas condiciones por un doctor estadounidense apellidado Hough y el oficial de salud del puerto de Hong Kong, el también médico de apellido Grone. La proporción de aceptados de Hough y Valenzuela era de 63 y 17%, respectivamente. Jordan cuestionaba la experiencia del médico mexicano para identificar tracomatosis, pues no había trabajado en puertos con altos índices de esta enfermedad.⁶⁴

En agosto de 1908, el inspector de la naviera CCSC se mostró inconforme por la exclusión de inmigrantes chinos en Salina Cruz. En el informe de su viaje de mayo de ese año, McCotrich detalló que el proceso de inspección realizado en Hong Kong tomaba tres días, durante los cuales se desinfectaba a las personas y sus pertenencias en tres ocasiones, mientras que el ccs mexicano llevaba a cabo estos procedimientos en menos de medio día y los definía como una farsa, en particular por el supuesto contagio de tracoma de los pasajeros de tercera clase

⁶³ PRO, HK, C.O.129/378, f. 305: Re appointment to examine emigrants from Hong Kong to Mexico, s/f.

⁶⁴ PRO, HK, C.O.129/378, f. 138: Statement of claim of the China Commercial Steamship Company, Limited, as presented to the Government of the Republic of Mexico, being expenses and damage incurred on account of the detention of its steamers at Salina Cruz through the rejection of its passengers; PRO, HK, C.O.129/378, ff. 303-313: Enclosure 1, 11 de noviembre, 1908.

detectado cuando descendieron al puerto.⁶⁵ En preparación de ese viaje, el inspector de la CCSC impidió abordar al 30% de los pasajeros de cubierta y el mismo porcentaje de los de primera clase que se presentaron para realizar el viaje de Hong Kong a Salina Cruz, además de 60% de los de segunda clase. Un total de 562 pasajeros realizaron el viaje de 41 días hacia el puerto mexicano, pero se desconocen los detalles de las escalas que realizó antes de llegar.⁶⁶

El inspector mexicano rechazó el desembarco inmediato de la tripulación por presuntos casos de tracoma. McCostrich señaló que la espera de 24 horas en el barco era innecesaria e inhumana. El 13 de junio, todos los tripulantes de primera y segunda clase fueron admitidos, y alrededor de la mitad de los de cubierta fueron trasladados a la barraca de observación de enfermos en Salina Cruz, pero el 24 de ese mismo mes, el empleado del css regresó al barco a 135 extranjeros. En opinión de McCostrich, los inmigrantes chinos contrajeron tracoma después de que desembarcaron en el puerto mexicano, pues esta enfermedad no se presentó en la tripulación durante el viaje trasatlántico. Sin embargo, el inspector de la compañía naviera indicó la presencia de un caso de conjuntivitis.⁶⁷

La presencia de criterios de salud para negar el ingreso a inmigrantes considerados indeseables en las políticas migratorias de México y Estados Unidos profundizó la asociación de enfermedades con el lugar de origen de inmigrantes. Esto es importante porque podía conducir a la sobredimensión de los casos de enfermedad en un contexto en que aún no existían certezas sobre el

⁶⁵ PRO, HK, C.O.129/378, Affidavit of Ship's Surgeon, México, 10 de agosto de 1908; véase también MANDUJANO-LÓPEZ, "Transpacific", pp. 168-169.

⁶⁶ PRO, HK, C.O.129/378, ff. 131-136: Affidavit of Ship's Surgeon, Mexico, 10 de agosto, 1908.

⁶⁷ PRO, HK, C.O.129/378, ff. 131-136: Affidavit of Ship's Surgeon", Mexico, 10 de agosto, 1908; véase también MANDUJANO-LÓPEZ, "Transpacific", pp. 168-169.

tratamiento y prevención de enfermedades como el tracoma. A partir de la revisión de prensa, la historiadora Ana María Carrillo también concluye la arbitrariedad de la exclusión de chinos en Salina Cruz.⁶⁸ En efecto, la selección de extranjeros mediante la observación que hacía el inspector del migrante en vez de la comprobación mediante laboratorio de que eran portadores de agentes patógenos permitió la exclusión de individuos conforme a criterios de origen geográfico y raciales.

CONCLUSIONES

La vecindad con Estados Unidos es central para entender la historia del diseño e implementación de políticas migratorias en México. A pesar de que el gobierno estadounidense fracasó en su intento de lograr un acuerdo con el gobierno mexicano de condiciones similares que tuvo con las compañías de ferrocarriles canadienses, las posibilidades de regular el acceso de los flujos migratorios hacia América del Norte fueron más allá del despliegue de inspectores migratorios en puertos y fronteras. En contraste, este artículo mostró que la formación de perfiles de inmigrantes indeseables tuvo lugar en diferentes ámbitos en los que interactuaban los gobiernos de Estados Unidos y México.

El texto destacó que la creación de la AECMC y, sobre todo, de la OSI de los Estados americanos, en 1902, ocurrió por la intensificación de las relaciones comerciales internacionales, los avances médicos, los intereses geopolíticos estadounidenses y por desacuerdos de Estados Unidos con los países europeos respecto a la regulación de los flujos migratorios.⁶⁹ Estas conferencias y reuniones internacionales favorecieron la colaboración de médicos, científicos y políticos que eran empleados del Estado mexicano con sus pares de Estados Unidos y otros países.

⁶⁸ CARRILLO, "Políticas", pp. 207-209 y 212.

⁶⁹ CUETO, *El valor*, p. 1060. Véase también REBELO, "A travessia", p. 259.

El involucramiento de estos individuos ayudó a posicionarlos dentro de sus respectivos campos de saber nacional e impulsó la formación de agencias de salud nacionales.⁷⁰

La comprensión que distintos actores sociales tuvieron de la enfermedad por el descubrimiento de agentes patógenos fortaleció la idea de que determinados grupos de inmigrantes eran una amenaza para la salud de la nación de los Estados americanos. Al inicio del siglo xx, la promulgación de políticas migratorias en los países de América Latina compartió tensiones, supuestos y lógicas comunes en el ámbito de la salud pública, aun cuando las enfermedades tipificadas como amenaza no estuvieran presentes en sus territorios o bien, como en el caso mexicano, su presencia no representara un problema de salud pública. Las reuniones médicas internacionales también compartieron prejuicios acerca de qué grupos de inmigrantes constituían un potencial riesgo para la salud pública.

En cuanto a la identificación de la inmigración china como riesgo para la salud pública, se destacó que la ley mexicana de 1909 buscó la exclusión de los extranjeros con “enfermedades transmisibles de carácter crónico”. La epidemia de peste bubónica en Mazatlán de 1902-1903 fue el hecho que justificó la creación, en 1903, de una comisión para regular la llegada de este flujo demográfico, y también del envío de un inspector de salubridad al puerto de Hong Kong en 1907. La adopción de estas medidas le permitía al gobierno de México demostrar preocupación y seguir medidas precautorias ante posibles brotes epidémicos que la ciencia médica asociaba con los chinos, entre otros.

También se destacó que la identificación de extranjeros indeseables por motivos de salud pública sucedió simultáneamente con los diferentes significados que la bacteriología tuvo entre laboratoristas, médicos y agentes migratorios. De tal manera que la yuxtaposición de la noción de contener los gérmenes con las

⁷⁰ STERN y MARKEL, “International”, p. 1475.

prácticas higienistas seguidas hasta ese momento en puertos y fronteras abrió la posibilidad de que los oficiales encargados de regular la entrada de inmigrantes excluyeran a aquellos individuos sanos que potencialmente podían ser transmisores de enfermedades. La competencia en los círculos científicos por identificar a los agentes patógenos no redujo la prevención y el tratamiento de las enfermedades al hallazgo y combate de microorganismos. Así, el laboratorio se convirtió en un elemento más de la lucha contra las enfermedades junto con las preocupaciones sociales de distintos actores.⁷¹

El caso mexicano ilustra la falta de consenso en el gremio médico acerca de la presunta conexión entre la inmigración asiática y la propagación de enfermedades. El artículo contrastó la forma en que el oftalmólogo Chávez y el presidente del css Liceaga se refirieron al origen étnico de los inmigrantes enfermos de tracoma que llegaban a México, pues el oftalmólogo reconocía la llegada de sirios y españoles, junto con las condiciones anti-higiénicas del país, mientras que el presidente del css responsabilizaba a los chinos. Dirigir la mirada a estos desacuerdos es importante para dimensionar que, a pesar de la identificación de extranjeros con tracoma en puertos del golfo de México y de orígenes distintos a Asia, las prácticas del css afianzaron la idea de que los chinos constituían un riesgo de salud pública. El envío de Valenzuela al puerto de Hong Kong confirma que el Estado mexicano se interesó por seleccionar a los chinos que se embarcaban con dirección a México. Y la elevada tasa de rechazados durante su estancia en el puerto asiático ratifica que la inspección sirvió más bien para seleccionar a los individuos poco deseables por motivos raciales, que a la identificación y contención de gérmenes y bacterias.

En cuanto al reconocimiento del tracoma, los médicos inspectores de México pasaban una rápida mirada a los ojos de los

⁷¹ WALZER, “Typhoid Mary”.

individuos antes de que abordaran las embarcaciones, o previo al desembarque en puertos mexicanos. Al igual que sucedía en puertos de Estados Unidos antes de 1909, el diagnóstico que realizaban médicos mexicanos de este padecimiento carecía de comprobación por pruebas de laboratorio. El caso mexicano destaca debido a que el rechazo en las normas migratorias no sucedía necesariamente por la prevalencia de la enfermedad. La legitimidad de discursos científicos para la exclusión de individuos propició que la bacteria del tracoma fuera asociada con cierta diferencia racial. Por estas razones, se enfatizó que la Ley de inmigración de 1909 debe entenderse a la luz de la creciente situación hegemónica de Estados Unidos en el continente americano y de la consolidación de los espacios internacionales que propiciaron la circulación de saberes médicos que racializaban las nociones de enfermedad.

SIGLAS Y REFERENCIAS

- AHSRE, EMEUA Archivo Histórico de la Secretaría de Relaciones Exteriores, fondo documental Embajada de México en Estados Unidos de América del Archivo Histórico Genaro Estrada, Ciudad de México, México.
- AHSSA, DSP, E Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Departamento de Salubridad Pública, Epidemiología, Ciudad de México, México.
- PRO, HK Public Record Office, Hong Kong.

AGOSTONI, Claudia, *Monuments of Progress. Modernization and Public Health in Mexico City, 1876-1910*, Canadá, Estados Unidos y México, University of Calgary Press, University Press of Colorado, Universidad Nacional Autónoma de México, 2003.

AUGUSTINE-ADAMS, Kif, "Construir la nación mexicana: matrimonio, derecho y la nacionalidad dependiente de la mujer casada en las postrimerías del siglo XIX y comienzos del siglo XX", en FERNÁNDEZ, RAMOS y PORTER (eds.), 2006.

BIRN, Anne-Emanuelle, "Six seconds per eyelid: the medical inspection of immigrants at Ellis Island, 1892-1914", en *Dynamis: Acta Hispanica ad*

Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam [en línea], 1997, vol. 17, pp. 281-316, <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/106118>

BUSTAMANTE, Miguel, *The Pan American Sanitary Bureau. Half a Century of Health Activities, 1902-1954*, Washington, Pan American Sanitary Bureau, 1955.

BYNUM, W. F., "Policing hearts of darkness, aspects of the international sanitary conferences", en *History and philosophy of the life sciences*, 15: 3 (1993), pp. 421-434.

BYNUM, W. F. y Roy PORTER (eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. 1, Londres y Nueva York, Routledge, 1993.

CARPENTER, Kenneth, *Beriberi, White Rice and Vitamin B. A Disease, a Cause, and a Cure*, Berkeley, Calif., University of California Press, 2000.

CARRILLO, Ana María, "Políticas sanitarias y exclusión: el caso de los chinos, 1902-1932", en GONZALBO y MAYER (eds.), 2016, pp. 183-224.

CARRILLO, Ana María y Anne-Emanuelle BIRN, "Neighbours on notice: national and imperialist interests in the American Public Health Association, 1872-1921", en *CBMH/BCHM*, 25: 1 (2008), pp. 225-254.

CARRILLO, Ana María, "Economía, política y salud pública en el México porfiriano, 1876-1910", en *Historia, Ciencias, Saúde-Manguinhos*, ix, suplemento (2002), pp. 67-87.

CARRILLO, Ana María, "Los comienzos de la bacteriología en México", en *Elementos: Ciencia y Cultura*, 8: 42 (jun.-ago. 2001), pp. 23-27.

CHANG, Jason Oliver, *Chino: Anti-Chinese Racism in Mexico, 1880-1940*, Urbana, University of Illinois Press, 2017.

CHAO ROMERO, Robert, *The Chinese in Mexico, 1882-1940*, Tucson, University of Arizona Press, 2010.

CHÁVEZ, Lorenzo, "Trachoma in Mexico", en *Public Health Papers and Reports*, 32: 1 (1906), pp. 230-237.

CUETO, Marcos, *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud*, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, 2004.

DANIELS, Roger, *Guarding the Golden Door. American Immigration Policy and Immigrants since 1882*, Nueva York, Hill y Wang, 2004.

DI LISCIA, María Silvia y Melisa FERNÁNDEZ MARRÓN, “Sin puerto para el sueño americano. Políticas de exclusión, inmigración y tracoma en Argentina (1908-1930)”, en *Nuevo mundo Mundos nuevos* (2009). Historizar los cuerpos y las violencias. América Latina, siglos XVII-XXI [en línea: <http://nuevomundo.revues.org/57786>].

ETTINGER, Patrick, *Imaginary Lines. Border Enforcement and the Origins of Undocumented Immigration, 1882-1930*, Austin, University of Texas Press, 2009.

FAHRMEIR, Andreas, Olivier FARON y Patrick WEIL (eds.), *Migration Control in the North Atlantic World: The Evolution of State Practices in Europe and the United States from the French Revolution to the Inter-War Period*, Nueva York, Berghahn, 2002.

FERNÁNDEZ, María Teresa, Carmen RAMOS y Susie PORTER (eds.), *Orden social e identidad de género. México, siglos XIX y XX*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Universidad de Guadalajara, 2006.

GEIGER, Andrea, *Subverting Exclusion. Transpacific Encounters with Race, Caste, and Borders, 1885-1928*, New Haven, Yale University Press, 2011.

GLEIZER, Daniela, “Gilberto Bosques y el consulado de México en Marsella (1940-1942). La burocracia en tiempos de guerra”, en *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, 49 (2015), pp. 54-76 [en línea: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ehmcm.2014.12.002>].

GONZALBO, Pilar y Leticia MAYER (eds.), *Conflicto, resistencia y negociación en la historia*, México, El Colegio de México, 2016.

HARRISON, Mark, “Disease, Diplomacy and International Commerce: The Origins of International Sanitary Regulation in the Nineteenth Century”, en *Journal of Global History*, 1 (2006), pp. 197-217.

HIRST, L. Fabian, *The Conquest of Plague. A Study of Evolution of Epidemiology*, Oxford, Clarendon Press, 1953.

INSTITUTO NACIONAL DE MIGRACIÓN, *Compilación histórica de la legislación migratoria en México, 1821-2002*, México, Secretaría de Gobernación, 2002.

INTERNATIONAL BUREAU OF THE AMERICAN REPUBLICS, *Transactions of the Third International Sanitary Conference of the American Republics, Held at the National Palace, City of Mexico, December 2-7, 1907*, Washington, International Bureau of the American Republics, 1909.

JOSEPH, Gilbert M., Catherine C. LEGRAND, y Ricardo D. SALVATORE (eds.), *Close Encounters of Empire: Writing the Cultural History of U.S.-Latin American Relations*, Durham, Carolina del Norte, Londres, Duke University Press, 1998.

KING, Desmond, *Making Americans. Immigration, Race, and the Origins of the Diverse Democracy*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 2000.

KRAUT, Alan M., *Silent Travelers: Germs, Genes, and the "Immigrant Menace"*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1995.

KRIEGER, Nancy y Sally ZIERLER, "What Explains the Public's Health?: A Call for Epidemiologic Theory", en *Epidemiology*, 7: 1 (ene. 1996), pp. 107-109.

LANDA Y PIÑA, Andrés, *El Servicio de Migración en México*, México, Secretaría de Gobernación, Talleres Gráficos de la Nación, 1930.

LAJOUS, Roberta, *La política exterior del porfiriato*, vol. 4, México, El Colegio de Mexico, 2010.

LEE, Erika, *At America's Gates. Chinese Immigration during the Exclusion Era, 1882-1943*, Chapel Hill, University of North Carolina Press, 2003.

MANDUJANO-LÓPEZ, Ruth, "Transpacific Mexico. Encounters with China and Japan in the age of steam (1867-1914)", tesis de doctorado, Vancouver, The University of British Columbia, 2012.

MARKEL, Howard, *When Germs Travel. Six Major Epidemics that Have Invaded America and the Fears They Have Unleashed*, Nueva York, Vintage Books, 2004.

MARKEL, Howard y Alexandra Minna STERN, "The foreignness of germs: the persistent association of immigrants and disease in American society", en *The Milbank Quarterly*, 80: 4 (2002), pp. 757-788.

MARTIN, Elizabeth, *Concise Medical Dictionary* [en línea], Oxford, Oxford University Press, 2010.

McKEOWN, Adam, "Ritualization of Regulation: The Enforcement of Chinese Exclusion in the United States and China", en *The American Historical Review*, 108: 4 (2003), pp. 377-403.

NGAI, Mae M., *Impossible Subjects. Illegal Aliens and the Making of Modern America*, Princeton, Princeton University Press, 2004.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, *Transactions of the First General International Sanitary Convention of the American Republics held at Washington. December 2, 3 and 4, 1902*, Washington, Government Printing Office, 1903.

PAN AMERICAN UNION, *Transactions of the Fourth International Sanitary Conference of the American Republics, Held at San José Costa Rica, December 25, 1909 to January 3, 1910*, Washington, Pan American Union, 1910.

PANI, Erika, *Para pertenecer a la gran familia mexicana: procesos de naturalización en el siglo XIX*, México, El Colegio de México, 2015.

PELLING, Margaret, "Contagion/Germ Theory/Specificity", en BYNUM y PORTER (eds.), 1993, pp. 309-334.

PERDIGUERO, E., J. BERNABEU, R. HUERTAS y E. RODRÍGUEZ OCAÑA, "History of Health, a Valuable Tool in Public Health", en *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55: 9 (2001), pp. 667-673.

PLOTKIN, Mariano y Eduardo ZIMMERMANN (comps.), *Los saberes del Estado*, Buenos Aires, Edhasa, 2012.

PLOTKIN, Stanley (ed.), *History of Vaccine Development*, Nueva York, Springer Science, Business Media, LLC, 2011.

REBELO, Fernanda, "A travessia: imigração, saúde e profilaxia internacional (1890-1926)", tesis de doctorado, Río de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

REBOLES Y CAMPOS, Gustavo, *La peste bubónica o Tifus yersin. Resumen histórico-práctico de nuestros conocimientos acerca de dicha enfermedad y sus los estudios bacteriológicos modernos*, Madrid, Librería editorial de Bailly-Baillière e hijos, 1897.

REGGIANI, Andrés, *Historia mínima de la eugenesia en América Latina*, Ciudad de México, El Colegio de México, 2019.

RODRIGUEZ-MARTIN, C. y A. AUFDERHEIDE, “Leprosy”, <http://search.credoreference.com/content/entry/cuphumpaleo/leprosy/0>. Consultado el 7 de mayo de 2020.

ROSENBERG, Charles, “The Therapeutic Revolution: Medicine, Meaning, and Social Change in Nineteenth Century America”, en *Perspectives in Biology and Medicine*, 20: 4 (1977), pp. 485-506.

SHAH, Nayan, *Contagious Divides. Epidemics and Race in San Francisco's Chinatown*, Berkeley, University of California Press, 2001.

STEPAN, Nancy Leys, *Eradication. Ridding the World of Diseases. Forever?*, Nueva York, Cornell University Press, 2011.

STERN, Alexandra Minna y Howard MARKEL, “International Efforts to control Infectious Diseases, 1851 to the present”, en *JAMA*, 292: 12 (sep. 22/29, 2004), pp. 1474-1479.

TÉLLEZ GIRÓN, Rafael, *Estudio de adaptación correspondiente al proyecto del Dr. Francisco Valenzuela sobre la inmigración y colonización en México*, México, Imprenta Victoria, 1918.

TENORIO TRILLO, Mauricio, “De piojos, ratas y mexicanos”, *ISTOR. Revista de historia internacional*, xi: 41 (verano 2010), pp. 3-66.

TORPEY, John, *The Invention of the Passport. Surveillance, Citizenship, and the State*, Cambridge, Reino Unido y Nueva York, Cambridge University Press, 2000.

TREJO TERREROS, Abraham, “Los coyotes. Migración y negocios en la frontera norte de México (1920-1964)”, tesis de doctorado en historia, Ciudad de México, El Colegio de México, 2020.

VALENZUELA, Francisco, *Compendio de higiene*, segunda edición, corregida y aumentada, México, 1931.

WALDMAN, Ronald, “cholera”, <http://www.britannica.com/science/cholera> consultado el 11 de mayo de 2020.

WALZER, Leavitt, “‘Typhoid Mary’ Strikes Back. Bacteriological Theory and Practice in Early Twentieth Century Public Health”, en *Isis*, 83: 4 (dic. 1992), pp. 608-629.

WÜSTENBECKER, Katja, “Hamburg and the Transit of East European Emigrants”, en FAHRMEIR, FARON y WEIL (eds.), 2002, pp. 223-236.

YANKELEVICH, Pablo, *¿Deseables o inconvenientes? Las fronteras de la extranjería en el México posrevolucionario*, Madrid, Iberoamericana, 2011.

YANKELEVICH, Pablo, *Los otros. Raza, normas y corrupción en la gestión de la extranjería en México, 1900-1950*, Ciudad de México, El Colegio de México, Bonilla Artigas Editores, Iberoamericana Vervuert, 2019.

YOUNG, Elliott, *Alien Nation. Chinese Migration in the Americas from the Coolie Era Through World War II*, Chapel Hill, The University of North Carolina Press, 2014.

ZOLBERG, Aristide R., *A Nation by Design: Immigration Policy in the Fashioning of America*, Nueva York, Cambridge, Massachusetts, Russell Sage Foundation, Harvard University Press, 2006.

ZOLBERG, Aristide R., “The archeology of ‘Remote Control’”, en FAHRMEIR, FARON y WEIL (eds.), 2002, pp. 195-222.