



# Los bordes de la ciudadanía sanitaria en la política de prevención del contagio venéreo (Argentina, 1936-1955)

The boundaries of health citizenship in the prevention policy of venereal diseases. Argentina, 1936-1955

**Carolina Biernat\***

Palabras clave:

Ciudadanía Sanitaria,

Profilaxis Venérea

Educación Sexual

Prostitución

Certificado Prenupcial

## Resumen

En este artículo nos proponemos analizar tres instrumentos de profilaxis venérea implementados en la Argentina a partir de la sanción de la Ley N° 12 331 en 1936. Su puesta en práctica dio lugar a una ciudadanía sanitaria en la que estuvieron presentes un conjunto de inclusiones y exclusiones que delimitaron sus bordes. En primer lugar, se indagan la educación sexual y la instrucción profiláctica. Si bien ambas fueron pensadas para un destinatario universal, objeciones de tipo moral excluyeron de su puesta en práctica a niños y mujeres. En segundo lugar, se examina la abolición de la prostitución reglamentada, justificada por los diagnósticos de los especialistas, para quienes los burdeles patentados eran los responsables del incremento de las enfermedades venéreas y del tráfico de mujeres. Con esta medida se excluyó a las prostitutas de los controles sanitarios periódicos y se adjudicó a los varones que pagaban por tener sexo la responsabilidad de los cuidados profilácticos antes y después del coito. Por último, se explora la implementación del examen y del certificado prenupcial obligatorio para los varones, que suprimió ese requisito para las mujeres consideradas decentes por considerar que mancillaba su honor. En consecuencia, los

\* Doctora en Historia, investigadora independiente del CONICET del Programa Historia de las relaciones entre Estado, Sociedad y Cultura en la Argentina, y docente en la Universidad Nacional de Quilmes. Contacto: [cbiernat@yahoo.com](mailto:cbiernat@yahoo.com)

varones fueron ungidos de la responsabilidad del cuidado sanitario de la población en su conjunto, integrándolos a una ciudadanía sanitaria de tipo androcéntrico.

#### Keywords:

Health Citizenship  
Venereal Prophylaxis  
Sex Education  
Prostitution  
Pre-nuptial Certificate

#### Abstract

In this article, we propose to analyze three venereal prophylaxis instruments implemented in Argentina since the enactment of Law 12 331 in 1936. Its implementation gave rise to a health citizenship in which a set of inclusions and exclusions were present that delimited its borders. In the first place, sex education and prophylactic instruction are investigated. Although both were intended for a universal addressee, moral objections excluded children and women from their implementation. Secondly, it examines the abolition of regulated prostitution, justified by the diagnoses of specialists for whom the patented brothels were responsible for the increase in venereal diseases and trafficking in women. This excluded prostitutes from regular health check-ups and gave men who paid for sex the responsibility for prophylactic care before and after copulation. Finally, it explores the implementation of the exam and the mandatory pre-nuptial certificate for men, which eliminated this requirement for women considered decent because they considered that it sullied their honor. As a result, men were anointed with the responsibility of health care for the population as a whole, integrating them into an androcentric health citizenship

Las políticas sanitarias constituyen un mecanismo central en la construcción de ciudadanía. Como lo han sugerido Armus y Belmartino,<sup>1</sup> hacia las primeras décadas del siglo xx comenzó a madurar en la Argentina un concepto de salud no solo como ausencia de enfermedad, sino como condición de bienestar integral y colectivo. Dicho bienestar fue asumido como responsabilidad del Estado, que debía garantizarlo mediante legislación, políticas e infraestructura adecuadas, destinadas al conjunto de la población. En consecuencia, la salubridad constituyó uno de los pila-

1 Armus y Belmartino, 2001.

res fundamentales en la arquitectura de la política social.<sup>2</sup> No obstante, el despliegue de intervenciones públicas requería como contraparte de un compromiso de la población. Según de la Dehesa<sup>3</sup>, la ciudadanía sanitaria es uno de los mecanismos clave para decidir a quién se le concede el acceso sustantivo a los derechos civiles y sociales, y comprende a aquellos individuos y comunidades que poseen un entendimiento sanitario moderno y responsable con el colectivo al que pertenecen: conocimiento del cuerpo, de la salud y de las dolencias socialmente aceptadas; práctica de la higiene y dependencia de los médicos. Por su parte, las personas que son juzgadas incapaces de adoptar esta moderna relación con el cuerpo, con la enfermedad y con la curación –o que se niegan a hacerlo– se convierten en sujetos antihigiénicos y son excluidos del pacto de ciudadanía sanitaria, u obligados a incorporarse a él a través de mecanismos persuasivos o, en algunos casos, coactivos.

Las patologías de transmisión sexual, como problema biológico y como metáfora de la resistencia a la modernización y a la integración de la población, fueron un objeto privilegiado de intervención pública en la Argentina durante la primera mitad del siglo xx. Un conjunto de medidas focalizadas en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de estas enfermedades –condensadas en la Ley N° 12 331 de Profilaxis Venérea del año 1936– se centró en dar respuesta tanto al incremento de casos como a las conductas de la población que lo generaban.<sup>4</sup> En su entramado no solo se encontraban argumentos científicos, farmacológicos y biomédicos, sino también otros ligados con la moralidad, el sentido de pertenencia, la configuración racial, el género, la reproducción de la fuerza de trabajo, el orden social o el futuro de la nación. La intersección entre estas dimensiones ponía de relieve la necesidad de establecer un nuevo pacto de ciudadanía, cuya condición saludable dependería de un arco de solidaridad basado en el compromiso de cada integrante de la sociedad para lograr ese bien común sustentado en el progreso.<sup>5</sup>

En un contexto médico-científico de incapacidad de curar muchas de las dolencias de transmisión sexual, fundamentalmente aquellas de grado avanzado, se puso el acento en la viabilidad de evitar su contagio. Las políticas de profilaxis venérea fueron justificadas por la convicción científica de origen eugenésico de que toda persona podía transmitir a su descendencia las consecuencias que el padecimiento de una enfermedad venérea había producido en su cuerpo. Los seguidores de esta doctrina, de las más

---

2 Biernat y Ramacciotti, 2012.

3 de la Dehesa, 2015.

4 Biernat, 2007.

5 Donzelot, 2007.

variadas extracciones ideológicas y formación profesional, insistían en una legislación que asegurara la educación sexual de los futuros padres y madres, formando su conciencia de reproductores responsables; la instrucción profiláctica de aquellos que, al ceder a sus impulsos más viscerales, se pusieran en contacto con posibles focos de infección; y la obligatoriedad del certificado prenupcial, a fin de identificar los casos de enfermos venéreos y evitar las funestas consecuencias de su apareamiento para el “porvenir de la raza”.<sup>6</sup> De este modo, la prevención fue pensada como un instrumento privilegiado para crear las condiciones propicias para el nacimiento de generaciones sanas y fuertes que posibilitaran el crecimiento poblacional, la modernización y el desarrollo del país. Ante una nación que se consideraba enferma, una de las mejores estrategias para lograr su saneamiento consistía en intervenir en las causas sociales que originaban esas patologías.

Sin embargo, las disposiciones para prevenir la propagación de las enfermedades venéreas no solo respondían a criterios sanitarios sino, también, al impacto que los cambios sociales habían producido en los presupuestos morales imperantes en la época. La prostitución permitía cumplir con la exigencia social de experiencia carnal para los solteros que pretendían formar una familia y, a los varones casados, descargar los impulsos sexuales que no podían ser satisfechos dentro de un matrimonio orientado a la reproducción, pero vacío de placer. En ese esquema, las prostitutas eran consideradas como la principal fuente de contagio y, en consecuencia, sus cuerpos debían ser controlados periódicamente. No obstante, la creciente incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, sobre todo de aquellas que pertenecían a los sectores populares, fue interpretada por la mayoría de sus contemporáneos como una traición a sus deberes maternales y como un riesgo para su virtud. Además, muchas de ellas fueron consideradas como instigadoras de los varones a malas conductas y responsables del contagio de las dolencias secretas.<sup>7</sup> En consecuencia, la legislación debía focalizar en la prostituta como transmisora de patologías, pero también en las mujeres consideradas decentes y en los varones, a fin de proteger a la familia y a la infancia de la amenaza de las enfermedades venéreas.<sup>8</sup>

Estas transformaciones socio-culturales influyeron en la construcción de un nuevo tipo de ciudadanía sanitaria. En el caso de las patologías venéreas, todo sujeto que se expusiera o fuera él mismo una fuente de infección, se convertía en protagonista de una ciudadanía que se organizaba en torno a su responsabilidad social para con

6 Miranda, 2005; Reggiani, 2019.

7 Grammático, 2000.

8 Milanesio, 2005.

la salud de la población, presente y futura. Si acataba las disposiciones profilácticas, pasaba a formar parte de una comunidad nacional integrada y saludable. Pese a este mensaje de integración social, los mecanismos de prevención dispuestos por la Ley N° 12 331 y puestos en práctica por las autoridades sanitarias estuvieron cargados por prejuicios morales, de género y de clase que limitaron el carácter universal de esta ciudadanía imaginada.

En este artículo, nos proponemos analizar estos instrumentos de profilaxis venérea que dieron lugar a una ciudadanía sanitaria donde estuvieron presentes nuevas inclusiones y exclusiones. En el primer apartado indagamos las disposiciones en torno a la educación sexual y la instrucción profiláctica. Si bien ambas fueron pensadas para un destinatario universal, objeciones de tipo morales excluyeron de su puesta en práctica a niños y mujeres. En el segundo apartado examinamos la disposición de la abolición de la prostitución reglamentada, justificada por los diagnósticos de los especialistas para quienes los burdeles patentados eran los responsables del incremento de las enfermedades venéreas y del tráfico de mujeres. Con esta medida se excluyó a las prostitutas de los controles sanitarios periódicos y se adjudicó a los varones que pagaban por tener sexo la responsabilidad de los cuidados profilácticos antes y después del coito. En el último apartado exploramos la implementación del certificado prenupcial obligatorio para los varones, que suprimió ese requisito para las mujeres consideradas decentes por considerar que mancillaba su honor. En consecuencia, los varones fueron ungidos de la responsabilidad del cuidado sanitario de la población en su conjunto, integrándolos a una ciudadanía sanitaria de tipo androcéntrico.

## Educar a la población

Uno de los objetivos de la Ley N° 12 331 de Profilaxis Venérea, sancionada en 1936, fue instruir a la población acerca de las formas de contagio, los tratamientos para su cura y las consecuencias personales y sociales de las dolencias consideradas secretas. Con esta acción emanada de distintas reparticiones estatales, se esperaba prevenir la propagación de las venéreas convocando a la conciencia individual para resguardar al cuerpo colectivo. La apelación a un sujeto ideal –que implicaba una ciudadanía que atravesaba las barreras generacionales, de género y de clase, y que debía comprometerse de forma responsable con el futuro de la nación– dejaba en evidencia el contenido moralizador presente en los mensajes públicos, que invocaba a un cambio de ética en las relaciones entre varones y mujeres. No obstante, a pesar de subrayar el carácter comunitario de las enfermedades de transmisión sexual, la responsabilidad de su prevención y cura recaía sobre una decisión autónoma de los individuos.

Los dos instrumentos previstos en esta pedagogía sanitaria fueron la educación sexual en las escuelas y la divulgación de los principios de profilaxis individual para los adultos. La importancia de su puesta en práctica ya había sido subrayada por políticos, médicos y asociaciones civiles en los años anteriores a la sanción de la Ley de Profilaxis Venérea. Así, por ejemplo, en los años veinte, el diputado radical Leopoldo Bard<sup>9</sup> indicó que los contenidos de educación sexual debían comenzar a impartirse a partir de los 17 años y Lázaro Sirlin, médico especializado en sexología y gran divulgador de sus saberes en los Ateneos populares, sugirió la necesidad de inculcar a los adolescentes “la importancia racial de su unión”, criterio a partir del cual debían elegir a sus cónyuges, y a las mujeres embarazadas los contenidos eugenésicos de sus “obligaciones patrióticas” como madres.<sup>10</sup> Por su parte, la Liga Argentina de Profilaxis Social propuso la sanción de una ley de represión severa de la pornografía –escrita, verbal o figurada– que estimulara el erotismo y liberara las costumbres.<sup>11</sup>

A partir de la década del 1930, la importancia de la educación sexual, sin abandonar su objetivo moralizante y disciplinador de la sexualidad, se centró en la necesidad de brindar información sobre las causas de las acciones “disgénicas”, entre ellas la concepción durante el padecimiento de sífilis, a fin de evitar el nacimiento de individuos “indeseables”. Estos conocimientos se sugerían que fueran suministrados a través de la propaganda popular, vulgarizando las reglas eugenésicas por medio de conferencias, cartillas y cintas cinematográficas, y de manera formal y obligatoria a ambos sexos, desde el segundo ciclo de la escuela primaria, prosiguiendo en los centros de segunda enseñanza –oficiales y privados–, para concluir en los planes de estudio de los institutos de formación terciaria y en los de la universidad.<sup>12</sup> En ese sentido, el obstetra Josué Beruti llegó a proponer un régimen de conscripción obligatoria, durante seis meses, para todas las mujeres entre los 14 y los 16 años, en los que se les brindara preparación teórico-práctica y cuyo certificado expedido fuera exigido para ingresar al secundario y para contraer matrimonio.<sup>13</sup>

Una vez sancionada la Ley de Profilaxis Venérea, la educación sexual en las escuelas fue la intervención pública más difícil de poner en práctica. Su propósito era garantizar, a través del sistema escolar, el acceso universal –sin distinción de género, clase social u origen nacional– y temprano –desde la pubertad– a la capacitación de la

---

9 Bard, 1920, p. 564.

10 Sirlin, 1920, p. 875.

11 Fernández Verano, 1921, p. 745.

12 Solano, 1936, p. 22.

13 Beruti y Zurano, 1943, pp. 575-576.

ciudadanía en los principios del ejercicio de una sexualidad responsable. Para implementarla en los programas de las escuelas primarias y secundarias, el Departamento Nacional de Higiene debió solicitar colaboración a otra repartición del Estado nacional: el Ministerio de Justicia e Instrucción Pública. Aunque este organismo aceptó las directivas de la ley nacional para su puesta en práctica, su implementación solo fue posible en las instituciones que dependían de su órbita. Esto es, los colegios nacionales y las escuelas Laínez emplazadas en las provincias y las instituciones educativas de la Capital Federal y de los territorios.<sup>14</sup>

Dado el carácter federal de la Constitución argentina, la mayor parte de los organismos de enseñanza se encontraban bajo la administración directa de los municipios y las provincias. En general, estos niveles de gobierno se negaron a implementar la educación sexual en sus escuelas, aludiendo al argumento de su autonomía respecto de las directivas del gobierno central. Por su parte, las instituciones dependientes de congregaciones religiosas o del episcopado –de enorme presencia en el territorio nacional dada la imposibilidad del Estado de garantizar la gestión pública de la educación– también se resistieron a estas disposiciones.

La explicación a esta resistencia parece provenir no solo de razones jurisdiccionales, sino principalmente de los prejuicios morales que conllevaba la aplicación de la normativa. Así, por ejemplo, en una encuesta publicada en 1938 por el Círculo Médico de Córdoba se compilaron las opiniones de las autoridades sanitarias, de los médicos y de los legisladores que habían participado en los debates de la sanción de la ley. Si bien la mayoría estaba de acuerdo con la importancia de la educación sexual, sugería que de ella se encargaran médicos o educadores especialmente preparados. En los grados elementales, solo bastaba con que los maestros no presentaran “la función sexual como inmoral”, a fin de evitar la futura “sexofobia” o el “homosexualismo”; y en los grados superiores se recomendó proporcionar información gradual acerca de la función reproductiva de las plantas, de los animales y de los humanos. Esta explicación biológica, que subsumía el placer sexual a la reproducción, debía acompañarse por la enseñanza del “valor de la castidad y la continencia”, que, lejos de producir algún daño, eran “recomendables desde el punto de vista médico e higiénico”.<sup>15</sup>

Este diagnóstico fue coincidente con el de algunos médicos, funcionarios y políticos, en consonancia con los criterios sostenidos por la cultura católica, de creciente influencia en los debates públicos. Como ha señalado Barrancos, el proceso de modernidad –que implicaba cambios en la subjetividad, las actitudes y los comportamientos

14 Puente, 1940, p. 426.

15 Tey, Garzón, Brandan, 1938, p. 170.

en la población– fue problemático en la Argentina en la medida que los intentos de racionalización, secularización y consolidación de los derechos privados colisionaban con la influencia extrema de la Iglesia Católica y del conservadurismo en la cultura y la sociedad.<sup>16</sup> De allí que, a pesar de que las disposiciones de la ley estuviesen enmarcadas en conceptos que avalaban la intervención pública en aspectos considerados del orden personal de los individuos, a fin de resguardar la salud de la población presente y futura, muchos especialistas se opusieron a algunas de sus normativas.

En relación a la incorporación de la educación sexual en la currícula escolar, aseguraban que el abordaje de estos contenidos podía anticipar o bloquear el deseo carnal en los jóvenes –patrimonio exclusivo de los adultos– y desviarlos de lo que se consideraba su verdadero objetivo, la reproducción. Por otro lado, incluir a las mujeres púberes en estos programas podía afectar su honra y alejarlas del aprendizaje de los saberes más importantes, como el del oficio maternal. Como consecuencia de las presiones derivadas de estos posicionamientos, la Sección Dermatovenereológica del Departamento Nacional de Higiene solo logró imponer los contenidos de educación sexual en materias como biología, anatomía, fisiología e higiene, en los colegios nacionales dependientes del Ministerio de Justicia e Instrucción Pública.<sup>17</sup>

El otro instrumento previsto por la ley para llevar a cabo la educación sanitaria fue la instrucción sexual de los varones adultos y heterosexuales, a través de la difusión de los principios de la profilaxis individual. A pesar de los intentos de universalizar la educación sexual a través de la escuela pública, las mujeres quedaron excluidas desde un principio de la instrucción profiláctica, sea porque se consideraba que exponerse a ella en espacios públicos afectaba su honra, sea porque, en el caso de aquellas que comerciaban con su cuerpo, no era juzgado necesario. De allí que los varones pasaban a tener un rol protagónico a través de la profilaxis, en la medida que se constituían en guardianes de la salud de toda la población, presente y futura.

Para cumplir con el objetivo de divulgación, la Sección Dermatovenereológica organizó conferencias populares, proyecciones cinematográficas, propaganda gráfica en las calles, distribución de folletos informativos y, a partir del año 1942, inauguró el Museo de Venereología. Aunque estos esfuerzos estaban centrados en la Capital Federal y en los territorios nacionales –jurisdicciones de incumbencia del Departamento Nacional de Higiene–, la repartición Dermatovenereológica reconocía en sus informes haber prestado su material con frecuencia a varias instituciones sanitarias del

---

16 Barrancos, 2019.

17 Puente, 1940, p. 426.

interior y a unidades del ejército.<sup>18</sup> De todos modos, la oposición de algunos sectores parece haber influido en la campaña de profilaxis. Así, por ejemplo, la revista de izquierda *Cultura Sexual y Física* señalaba en una nota editorial que la Acción Católica se oponía a la campaña, alegando que era “deshonrosa” y que invadía el “fuero privado” de las personas.<sup>19</sup>

Para poner en práctica la profilaxis, la Ley N° 12 331 establecía, en su sexto artículo, que las autoridades sanitarias debían determinar los lugares de venta obligatoria de equipos preventivos, que contenían jabón, pomada profiláctica y un prospecto con instrucciones impresas.<sup>20</sup> En general, se trataba de lugares públicos y de gran concurrencia de población masculina, como fábricas, comercios, baños, bares o clubes. En efecto, en un país de creciente urbanización e industrialización, en el que los obreros eran mayoritariamente migrantes (ultramarinos, limítrofes o internos), se encontraban alejados de sus familias y cumplían con extensísimas jornadas laborales, estos lugares fueron pensados como espacios de prevención y tratamiento de una población que no solo compraba servicios sexuales, sino que se hallaba desamparada en caso de contraer enfermedades de transmisión sexual. La necesidad de contar con una fuerza de trabajo saludable y susceptible de reproducirse vigorosamente se encontraba detrás de la formulación de este artículo dentro de la ley y de las presiones de los organismos sanitarios nacionales y de las organizaciones internacionales para que se pusieran en práctica.

Los médicos responsables de los dispensarios antivenéreos de la Capital Federal insistieron en que “no basta solamente con ilustrar al vulgo”, sino que era necesario “facilitarle los medios adecuados y poner al alcance los elementos indispensables para que pueda higienizarse correctamente”.<sup>21</sup> Según las instrucciones contenidas en las cajas de prevención, antes del coito los usuarios se debían lavar los órganos genitales con agua y jabón, secar y untar prolijamente con la pomada. Después del coito, lavar en igual forma, orinar y untar nuevamente con la pomada y, seis a ocho horas después, efectuar un nuevo lavado, tratando de orinar durante el acto.

En ese sentido, un destacado venereólogo observaba que aquel que conociera “las condiciones de vida de los barrios pobres, de los conventillos de La Boca y de Barracas, con sus piletas en común en los patios, comprenderá el porqué de la falta de higiene

18 Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene, 1941, p. 44; 1942 pp. 228-229 y 1943, pp. 64-65.

19 *Revista Cultura Sexual y Física*, 1937, pp. 65-67.

20 Puente, 1940, p. 433.

21 Russo, 1937a, p. 101.

que observamos en sus genitales”.<sup>22</sup> Por ello, los especialistas propusieron la instalación en todos los hospitales de un gabinete profiláctico mixto, convenientemente ubicados (anexo a la guardia, por ejemplo), para que aquella persona que sospechara de haber estado en contacto con un agente de infección pudiera higienizarse debidamente. El gabinete debía contar con todos los elementos necesarios (lavatorios, mingitorios, soluciones antisépticas para el lavado, pomadas, carteles informando sobre los peligros del contagio venéreo e instrucciones de cómo realizar la profilaxis) y funcionar las 24 horas.<sup>23</sup>

La insistencia por parte de las autoridades sanitarias y de los médicos de instituir esta práctica preventiva en fábricas, talleres y barrios populares en horarios nocturnos era una clara alocución a obreros y jornaleros. Premisa que subsumía una representación clasista que menospreciaba el interés y la capacidad de los sectores populares de prevenir enfermedades, y que reafirmaba la acción individual y la responsabilidad social. El objetivo de preservar una fuerza de trabajo saludable mediante las precauciones de higiene personal y la utilización de alguna pomada antiséptica antes y después del acto sexual, contrastaba con el uso extendido de preservativos como práctica habitual en las décadas de 1920 y 1930.<sup>24</sup> Incluso – como lo muestran algunos expedientes judiciales de la provincia de Buenos Aires –, entre los sectores de menos recursos y entre las prostitutas. Tal es el caso de René, quien en 1940 declaró ante la policía que en todos los actos sexuales que mantenía a cambio de dinero utilizaba profilácticos.<sup>25</sup>

Esta contradicción puede explicarse por la continuidad de la asociación del acto sexual a la procreación por sobre el peligro del contagio, impulsada por una cultura conservadora y católica que ponía obstáculos al proceso de modernidad. También podría obedecer a ponderaciones económicas. El precio de los preservativos superaba ampliamente al del botiquín antiséptico y la Sección Dermatovenereológica contaba con un importante presupuesto para importar y comprar las drogas necesarias para la cura de las dolencias de transmisión sexual, pero no así para la adquisición de productos de profilaxis individual. En ese sentido, José Puente informó que la sección de la que era responsable poseía un pequeño stock de estos equipos (jabón, pomada profiláctica y un prospecto con instrucciones), que se ampliaría con nuevas adqui-

---

22 Russo, 1944a, pp. 28-29

23 Russo, 1937a, p. 100.

24 Barrancos, 1991.

25 Departamento Histórico Judicial del Sur de la Provincia de Buenos Aires, Dolores, Causas Penales, Carpeta 560, Folio 20, 1940.

siciones “para proceder a su distribución de la manera más amplia y eficaz”<sup>26</sup>, pero las sucesivas memorias no hicieron mención del cumplimiento de este compromiso. Unos años más tarde, el venereólogo Francisco Russo advertía que, en un relevamiento en el centro y en los distintos barrios de la Ciudad de Buenos Aires, no había podido encontrar los equipos. Ante esta situación, pidió explicaciones a las autoridades del Departamento Nacional de Higiene quienes le informaron que, si bien se habían encargado 100 000 cajitas metálicas con un jabón y una pomada para ser distribuidas en aparatos tragamonedas de clubes, fábricas y cafés, como el presupuesto no alcanzaba para comprar las máquinas y para contratar personal que retirara la recaudación y repusiera los equipos, finalmente las cajas fueron distribuidas gratuitamente en una campaña.<sup>27</sup>

Una vez llegado el peronismo al poder, el gobierno incluyó como prioritaria en su agenda la lucha contra los males venéreos. La política sanitaria se constituyó en uno de sus instrumentos de construcción de ciudadanía social, por lo que el rebrote de casos de enfermedades de transmisión sexual fue considerado de gravedad para la reproducción saludable de la población, –pensada ahora bajo el arco de solidaridades llamado pueblo– y como un desafío de intervención estatal para corregir la enfermedad del cuerpo social. La instrucción profiláctica fue uno de los instrumentos que organizó la Dirección de Higiene Social. Para llevarla a cabo, se realizaron previamente un conjunto de encuestas en fábricas, colegios, dependencias de la policía y del Ejército, a fin de conocer la “información que posee el pueblo en general sobre esta enfermedad social”. Tras concluir que los sectores populares no contaban con un lugar donde “pedir consejo o solicitar ayuda”, realizaron actos de divulgación sanitaria en talleres, escuelas para adultos, dependencias de la Policía Federal, institutos militares y regimientos, donde además, se repartieron afiches, folletos, nóminas de centros de Higiene Social y se proyectaron películas. Según los médicos que la organizaron, el objetivo de la campaña era destruir el concepto de “enfermedad vergonzante”; asegurar la durabilidad de los tratamientos una vez iniciados; recomendar métodos de prevención personal –físicos y químicos–; aconsejar el matrimonio temprano; advertir acerca de los peligros de la masturbación y el proxenetismo, y aclarar que la continencia sexual no era perjudicial para la salud.<sup>28</sup>

En continuidad con la década anterior, los sujetos de la educación sanitaria eran varones adultos trabajadores o integrantes de las fuerzas de seguridad, con lo que quedaban excluidas las mujeres consideradas honestas y aquellas que ejercían la prosti-

26 Puente, 1940, p. 433.

27 Russo, 1944a, pp. 31-32.

28 Camaño y Rígoli, 1948, pp. 470-474.

tución, la profilaxis era considerada un desafío individual en pos de una responsabilidad social. Argumentos de orden moral, como los peligros de la masturbación y el proxenetismo o la sugerencia de la continencia sexual, convivían con otros de tipo médico como la recomendación de seguir el tratamiento y no abandonarlo. A pesar de los crecientes recursos materiales y simbólicos de la administración peronista, la instrucción profiláctica no renovó ni sus argumentos ni sus estrategias comunicacionales. Hacia los años cincuenta, el creciente uso de la penicilina en la cura de las venéreas, la fue alejando del primer plano de la agenda sanitaria.

### Mujeres sin control

Una de las disposiciones más polémicas entre sus contemporáneos en lo que refiere a la prevención del contagio de las enfermedades de transmisión sexual fue la abolición del *reglamentarismo*. Este sistema de fines del siglo XIX, dependía de los poderes municipales quienes a través de ordenanzas habían legalizado la prostitución, siempre y cuando los establecimientos donde se desempeñara contaran con la debida autorización de los gobiernos locales, y estuvieran sujetos a controles sanitarios y las mujeres que la practicaran, consideradas como las únicas responsables del contagio, fueran sometidas a regulares inspecciones. Desde el punto de vista médico, la legalización de la prostitución aseguraba que, mediante el control sobre el cuerpo de las prostitutas, se limitara la difusión de las enfermedades venéreas y se protegiera la salud de los varones.

No obstante, el reglamentarismo comenzó a ser puesto en cuestión desde el mismo momento en que se estableció en la Argentina. Estas críticas se acentuaron y se hicieron cada vez más públicas en las primeras décadas del siglo XX, tanto a través de voces médicas como de las propias prostitutas y de la prensa (con opiniones fluctuantes al respecto), que cuestionaban aspectos diferentes del asunto. En primer lugar, la sospecha acerca del incremento de los índices de padecimiento de enfermedades de transmisión sexual se ligaba al debate acerca de los límites que presentaban las normativas locales que controlaban el negocio prostibulario. La unilateralidad de los exámenes sanitarios a las prostitutas por considerarlas como las únicas propiciadoras de la transmisión de las venéreas, la facilidad para burlar las inspecciones médicas periódicas y la evidencia del número creciente de mujeres de “mala vida” sin patente, que no eran susceptibles de ser controladas por las autoridades, fueron algunas de las críticas a la ineficacia de la reglamentación de la prostitución como forma de profilaxis venérea.<sup>29</sup>

---

29 Gramático, 2000, p. 119.

En segundo lugar, el nuevo protagonismo de las organizaciones de izquierda y del feminismo en el reconocimiento de los derechos de las mujeres que trabajaban con su sexo, denunció los exámenes médicos forzados, el registro policíaco y la “trata de blancas”, y promovió organizaciones a nivel internacional que bregaron por la abolición del reglamentarismo. Los abolicionistas sugerían que los gobiernos debían abstenerse de aprobar o prohibir el negocio prostibulario y no percibir beneficio económico alguno de él. Se trataba, ante todo, de una cuestión moral y de justicia social.<sup>30</sup>

En tercer lugar, las crecientes denuncias públicas, locales e internacionales, del tráfico de mujeres de Europa a Buenos Aires destinado a alimentar la oferta de prostitutas, se convirtieron en una verdadera cruzada contra los burdeles.<sup>31</sup> Por su parte, el Comité sobre Tráfico de Mujeres y Niños de la Sociedad de las Naciones insistía en la convocatoria a sus países miembros para que suprimieran la prostitución reglamentada como forma de disminuir los índices de enfermedades venéreas y de garantizar derechos a las mujeres que intercambiaban sexo por dinero.<sup>32</sup>

Por último, el descubrimiento de la comunidad científica de los efectos negativos de las dolencias de transmisión sexual en la reproducción cuantitativa y cualitativa de la población, presente y futura. Esta constatación reforzó la catalogación de las venéreas como enfermedades sociales que no constituían un problema individual o solo afectaban a los sectores más desprotegidos de la sociedad. En consecuencia, según gran parte de la comunidad médica y de las autoridades sanitarias, no se trataba solamente de diagnosticar y curar una enfermedad y controlar las conductas “desviadas” de la población, para lo que el reglamentarismo podía ser respuesta suficiente, sino de evitar la “degeneración racial” de toda la nación.

El conjunto de estos planteos, defendidos desde posiciones muy diversas, confluyó en la abolición de la prostitución reglamentada por la Ley de Profilaxis Venérea de 1936. La normativa significó un nuevo pacto de ciudadanía sanitaria en el que las mujeres que intercambiaban sexo por dinero fueron excluidas de las inspecciones médicas periódicas, pero sometidas a prácticas mucho más punitivas, que incluían la denuncia por contagio, el tratamiento obligatorio y la hospitalización forzosa.<sup>33</sup> Por su parte, sobre los varones que acudían a los servicios de las prostitutas recaía la responsabilidad del cuidado profiláctico, en aras de preservar la salud de la población en su conjunto.

---

30 Reggiani, 2019, pp. 126-127.

31 Grammático, 2000, p. 222.

32 Simmoneto, 2019, pp. 33-64.

33 Biernat, 2019.

En otro orden, el acuerdo legislativo logrado da cuenta de un Estado que avanzaba en sus capacidades de intervención sobre los poderes locales –hasta ese momento encargados del otorgamiento de patentes a los lenocinios y de su supervisión– y sobre las asociaciones de la sociedad civil que daban respuesta a la prevención y al tratamiento de las enfermedades venéreas. En virtud de ello, el abolicionismo y las disposiciones que se le asocian representaban la voluntad del poder público de centralizar sus políticas sanitarias. Por otro lado, no debe desconocerse en este proceso la legitimidad que la ciencia médica poseía para explicar y dar respuesta a los males que aquejaban al presente y al futuro de la población, y la creciente colonización de las reparticiones estatales que protagonizaron los médicos.

No obstante, a pesar del consenso público acerca de la amenaza para el acervo “racial” que constituía la prostitución –en tanto presunta principal propagadora de las enfermedades venéreas–, su consideración como mal necesario para evacuar pulsiones que no podían ser satisfechas dentro de los noviazgos castos y de los matrimonios recatados dificultó un acuerdo acerca de la instauración del sistema abolicionista. Una de las primeras controversias giró en torno de si el alcance de la normativa era abolir el sistema reglamentarista o prohibir la prostitución penalizando a quien la ejerciera. En rigor, el artículo 15 de la Ley N° 12 331 prohibía claramente el establecimiento de casas o locales donde se ejerciera la prostitución o se incitase a ella. El artículo 17 penalizaba a los infractores con multa –si se trataba de argentinos–, con pérdida de la ciudadanía y expulsión del país en caso de que fueran extranjeros, o con prisión en caso de reincidencia en el delito. Los defensores del abolicionismo insistían en que la normativa no prohibía la prostitución, sino los reglamentos que la admitían y la controlaban. Cumpliendo con una doble finalidad –proteger la salud pública y la libertad y la dignidad de las mujeres que ejercían este oficio–, liberaba a la prostituta de sus explotadores –tratantes de blancas, proxenetas y rufianes– y la dejaba sin más obligaciones que la de tratarse si estaba enferma y la de respetar el decoro público. La intervención del Estado se circunscribía únicamente, para esta línea de interpretación, a la represión de los “atentados contra el pudor y de las provocaciones públicas al libertinaje” y al castigo a los proxenetas que administraran una casa de lenocinio.<sup>34</sup> Nuevamente, apareció la apelación a la responsabilidad individual, en este caso de las mujeres que intercambiaban sexo por dinero, para preservar la salud colectiva.

A pesar de que la mayor parte de la comunidad médica estaba inicialmente de acuerdo con la adopción del sistema abolicionista, el ejercicio de la prostitución resultante –exento de la obligación de la visita médica– comenzó a ser visto como un nuevo

---

34 Jiménez de Asúa, 1953, pp. 703-728.

peligro para la propagación de las enfermedades venéreas. De allí que se propuso con insistencia la adopción obligatoria de la libreta de salud por parte de toda mujer que se desempeñara en un *cabaret, boite, dancing* o cafetín (eufemismos utilizados para enmascarar lugares donde se ofrecía sexo por dinero), a fin de supervisar su salud periódicamente y de controlar la prostitución masculina, cuyos códigos y prácticas resultaban aún desconocidas. Según el especialista Pedro Baliña, la libreta de salud era mucho más adecuada que el “carnet de prostituta” utilizado en los antiguos burdeles, considerado como un documento de “falsa seguridad”, puesto que surgía de una visita médica sumaria, “hecha a mujeres que llegaban en caravanas”.<sup>35</sup> Además, redujo al mínimo indispensable la injerencia de la autoridad policial y municipal respecto de esas mujeres, para evitar “conocidos inconvenientes”.<sup>36</sup>

Un conjunto de disposiciones de la Ley N° 12 331 focalizaba en la vigilancia de los posibles enfermos y su tratamiento obligatorio. Para cumplir con este objetivo se proponía la organización de un cuerpo de Policía Sanitaria, encargado de vigilar a todas las personas que, por su profesión (bailarinas, nodrizas, servicio doméstico, mozos) o modo de vida (prostitutas), podrían constituir un “peligro social” en caso de estar afectadas de una enfermedad venérea. En una clara asimilación entre enfermedad y mujer que ejerce la prostitución, los especialistas insistían en la necesidad de proteger la salud pública y, para ello, hacer cumplir los artículos de la ley que preveían la denuncia, por parte de los médicos, de la fuente de contagio a las autoridades nacionales y la obligación de tratamiento o, en caso extremo, de hospitalización.<sup>37</sup> No obstante, cabe argumentar aquí que la ausencia de controles sanitarios de la mujeres que intercambiaban sexo por dinero eran compensados en la misma ley por recursos mucho más punitivos, como la denuncia de contagio, el tratamiento obligatorio y la hospitalización forzosa en caso de no querer continuar con las prescripciones médicas. Si bien estas normativas iban dirigidas hacia toda la población, quienes más las padecieron fueron las prostitutas, que seguían siendo sospechadas de ser las principales transmisoras de las enfermedades venéreas. Este juego de exclusiones e inclusiones nos permite advertir los límites de una ciudadanía social presentada por los poderes públicos como universal.

A los pocos años de legislado, el sistema abolicionista comenzó a ser criticado, desde el punto de vista moral y sanitario, en el ámbito médico y legal. El cierre de los burdeles puso en evidencia la inevitabilidad del ejercicio de la prostitución, visualizado a

---

35 Baliña, 1937, pp. 615-616.

36 Russo, 1937b, p. 95.

37 Landaburu y Aftalión, 1942, p. 771.

través de su práctica sin controles y, a su vez, los beneficios secundarios que de todos modos ella traía. Un importante número de académicos, administradores, políticos y militares empezaron a sospechar que la persecución de las mujeres que ejercían la prostitución favorecía indirectamente, al “trabar las posibilidades de normal expansión sexual de una juventud vigorosa y precoz”, el incremento de una serie de manifestaciones de “patología individual y social”, siempre latentes, como la homosexualidad, el onanismo, el bestialismo, los trastornos neuróticos, las relaciones incestuosas, los delitos sexuales, las prácticas abortivas y los nacimientos ilegítimos.<sup>38</sup> Para evitar la expansión de estos “males” la Comisión Honoraria Consultiva de Profilaxis Venérea, integrada por prestigiosos especialistas sobre la materia, sugirió que el criterio abolicionista que inspiraba la ley no prohibía la prostitución sino el prostíbulo. Por lo tanto, la mujer que ejerciera esta actividad en su casa, sola e independiente de proxeneta alguno, no debía ser pasible de pena alguna. Por otro lado, proponía que, en los sitios alejados del país, donde se encontraban grandes núcleos de hombres solos cumpliendo con el servicio militar, en lugar de autorizarse la instalación de *casas de tolerancia*, debía estimularse la radicación de mujeres que “actúen y vivan dispersas, aisladas unas de otras, sometidas a frecuentes revisiones médicas”.<sup>39</sup>

Por su parte, el sonado episodio de los cadetes del Colegio Militar de la Nación, quienes fueron descubiertos en reuniones públicas fotografiándose desnudos en poses sugestivas, generó una suerte de pánico moral que operó como acicate para modificar la Ley N° 12 331 en los aspectos concernientes a la prostitución. Estas prácticas, consideradas contrarias a la salud sexual y reproductiva de los varones, habían sido identificadas por referentes del ámbito castrense quienes en 1943, encabezados por Juan Domingo Perón como ministro de Guerra interino, solicitaron al gobierno a través de una serie de cartas que cediera al reclamo de la habilitación de burdeles destinados exclusivamente a las tropas para que los soldados resolvieran sus problemas de abstinencia.<sup>40</sup> Como lo ha señalado Donna Guy, para gran parte de la opinión pública el sistema abolicionista era identificado como el origen de muchos cambios en los patrones de conducta sociales, políticos y culturales en los años de entreguerras. Los varones, privados del prostíbulo, buscaron otras formas de entretenimiento como los deportes— en especial el fútbol—, y la política reemplazó crecientemente a la bebida, al baile y a la prostitución, generando espacios de sociabilidad exclusivamente masculinos y potencialmente conflictivos. De todos modos, las derivas de los hombres hacia la homosexualidad no se constituyeron en la única preocupación. También se encontraban

38 Landaburu y Aftalión, 1942, pp. 767-768,

39 Baliña, Castaño, Zwanck y Scolari, 1944, pp. 178-179.

40 Simonetto, 2019, pp. 77-82.

los cambios en las relaciones entre varones y mujeres, que incluían el descenso del número de matrimonios y el retraso en la edad del casamiento, asociados a factores económicos, lo que provocó noviazgos largos no siempre castos.<sup>41</sup> Por todo ello, el esfuerzo de imaginación de un tipo de ciudadanía saludable en la que confluían criterios biológicos, ideológicos y morales, se encontraba nuevamente en peligro. Es esta imbricación entre un paradigma sanitario y otro moral el que dio lugar en la Argentina, hacia mediados del siglo xx, a lo que el ministro de Salud del primer peronismo llamó un sistema “reglamentarista por necesidad, abolicionista por moralidad”.<sup>42</sup>

La Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, repartición que reemplazó al Departamento Nacional de Higiene en 1943 y estaba a cargo de Eugenio Galli –ex-director de Sanidad Militar y ferviente impulsor de la profilaxis venérea en el ámbito castrense–, proyectó el decreto rectificatorio de la Ley N° 12 331. La nueva normativa, aprobada en abril de 1944, disponía, por un lado, el establecimiento excepcional de casas de tolerancia cuyo funcionamiento debía ser autorizado por la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social y por el Ministerio del Interior. Dicho consentimiento se otorgaría atendiendo a necesidades locales, en general, a la posibilidad de proporcionar entretenimiento femenino sometido a control sanitario a los soldados y conscriptos, y su vigencia se limitaría al tiempo que estos subsistieran. Asimismo, determinaba que el simple ejercicio de la prostitución por la mujer en su casa, en forma individual o independiente, sin afectar el pudor público, no constituía delito para esta nueva normativa. En suma, los objetivos de la normativa eran, por un lado, ofrecer entretenimiento de carácter femenino a los soldados apostados en las bases remotas para evitar el riesgo de los crecientes incidentes homosexuales o la indocilidad y, por otro, usar burdeles inspeccionados médicamente para reducir la posibilidad de enfermedades venéreas. Especialmente los jóvenes que cumplían con el servicio militar obligatorio, constituían la masa de futuros electores, trabajadores y reproductores de la población cuya salud, física y moral, debía ser cuidada.

Los venereólogos de la Capital Federal no tardaron en hacer objeciones a estas nuevas disposiciones, alegando que la reagrupación de prostitutas en nuevos burdeles autorizados y la oficialización de su actividad clandestina, en la medida que no eran penadas por ejercerla, constituían un peligro para el recrudescimiento de las dolencias de transmisión sexual. De allí que proponían un severo control sanitario en las casas de tolerancia, a fin de evitar que se convirtieran en los “mayores focos de diseminación de las enfermedades sifilítico-venéreas”. Por otro lado, basándose en estadísticas de

---

41 Donna Guy, 1994, pp. 213-242,

42 Carrillo, 1948, p. 390.

los dispensarios venereológicos que les permitían constatar que las prostitutas callejeras constituían la mayor fuente de contagio (891 casos de los 2621 registrados en 1937), solicitaron que se agregara al decreto reglamentario la obligatoriedad de someterse al examen clínico, ginecológico y serobacteriológico, realizado por médicos oficiales, a toda persona detenida en contravención de escándalo.<sup>43</sup> Así todo, el peso de su opinión era bastante marginal puesto que la dependencia de Profilaxis Venérea de la Asistencia Pública de Buenos Aires, en conflicto con la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social por resistirse a sus esfuerzos de centralización, no fue tenida en cuenta para integrar la Comisión Nacional de Asesoramiento para la reglamentación del nuevo decreto.

Sin embargo, un nuevo decreto reglamentario de la ley de Profilaxis Venérea de septiembre de 1946, en consonancia con un sesgo de mayor intervención del gobierno peronista, pareció atender también a esta demanda de los especialistas y estableció que todas las mujeres involucradas en el sexo comercializado, en forma dependiente o independiente, eran por definición fuentes de contagio. Lo que significaba que los funcionarios municipales y de la policía podían insistir en la supervisión médica de las prostitutas. Además, disponía que la sífilis, la blenorragia, el chancro blando y el linfogranuloma venéreo serían tratados con el mismo criterio sanitario que cualquier otra afección infectocontagiosa y sometidos los pacientes a las medidas generales que se adoptaban con todas las enfermedades transmisibles de acuerdo a la Ley N° 12 317 del año 1936 que obligaba a declarar y denunciar su padecimiento y hospitalizar forzosamente a quienes se resistían a su tratamiento.

En la práctica política, la Secretaría de Salud Pública centró su preocupación en la relación directa entre prostitución “clandestina” e incremento de enfermedades venéreas. Para esta repartición, las fuentes más frecuentes de contagio eran las mujeres que trabajan en los salones de baile, los *dancings* o las pensiones colectivas. Según datos recogidos en el Hogar San Miguel de la Ciudad de Buenos Aires, donde la Policía Federal detenía a las mujeres por incitar a la prostitución en la vía pública, en 1947, el 44,47% de estas trabajadoras poseía sífilis; gran parte provenía del interior del país, era de condición humilde y disimulaba en tareas del servicio doméstico la verdadera actividad que ejercía. A pesar de la insistencia de los funcionarios sanitarios para que asistieran a los dispensarios antivenéreos para tratarse, la mayoría de ellas no lo hacía. La explicación oficial de esta deserción era que no tenían educación ni conciencia del mal que padecían y de su capacidad de contagio. De allí que se habilitó un centro de Higiene Social en el mismo hogar, a fin de curar las dolencias de las detenidas e im-

---

43 Russo, 1944b, pp. 22-23.

partirles instrucción sexual. Según los funcionarios sanitarios, después de iniciar el tratamiento específico en ese lugar, los exámenes serológicos comenzaron a indicar un descenso del índice de sífilis.<sup>44</sup>

El Secretario de Salud intervino personalmente dando su opinión acerca del sistema abolicionista. Según Carrillo, los límites de la Ley N° 12 331 radicaban en que la “patología social de los abstinentes”, las aberraciones sexuales y los delitos por ella provocados, se multiplicaron día a día durante los primeros años de su vigencia. De allí que había sido necesario incorporarle las modificaciones de 1946, a partir de las cuales la prostitución pudiera desarrollarse, siempre y cuando no se le diera al sitio donde se ejercía carácter público u ostensible. Así todo, si para el secretario de Salud las correcciones a la Ley N° 12 331 resolvían problemas de índole moral, no daban respuesta a sus limitaciones sanitarias. De allí proponía que, sin ser necesaria una nueva normativa, los médicos realizaran controles periódicos y sistemáticos a las mujeres que trabajaban como prostitutas, amparados en las disposiciones que autorizaban a la autoridad sanitaria a efectuar la “policía de focos”.<sup>45</sup>

No obstante la opinión de Carrillo, intensos debates en el Congreso Nacional y en la opinión pública, que incluyeron la fuerte oposición de la Iglesia Católica, bregaron por volver al régimen reglamentarista de la prostitución. Finalmente, el Decreto N° 22 532 del año 1954 autorizó la apertura de las “casas de tolerancia” en virtud de atender a una “imperiosa necesidad pública”: la prostitución como un mal necesario para evitar las consecuencias de los cambios que se estaban operando en el espacio moral y social. Su carácter secreto daba cuenta de la cautela con la que el gobierno intentaba mostrarse frente a la oposición católica, que catalizaba a gran parte del discurso antiperonista. No obstante estas resistencias, las autoridades poseían un argumento de peso que legitimaba su resolución y habilitaba un corrimiento de las preocupaciones sanitarias a aquellas de orden moral. A partir de los años cincuenta, las enfermedades venéreas comenzaron a ser curadas a través del uso generalizado y efectivo de la aplicación de la penicilina. Por ello, la repartición sanitaria dejó de lado la preocupación por la prevención del contagio, aunque no la abandonó totalmente, y centró la atención en la localización de los enfermos y en la obligatoriedad de su cura. Un Estado claramente interventor de la segunda mitad del siglo xx aseguraba la posibilidad de controlar los focos de contagio y, llegado el caso, forzar su tratamiento. Si bien las prostitutas siguieron siendo consideradas el principal foco de contagio, la

---

44 Camaño y Rígoli, 1947, pp. 23-28.

45 Carrillo, 1948, pp. 387-392.

responsabilidad del cuidado recaía sobre los varones que acudían a sus servicios. Para ello, debían seguir los cuidados profilácticos recomendados por las autoridades y, en caso de contraer matrimonio, someterse a un examen médico.

### Varones vigilados

Un último instrumento previsto por la Ley N° 12 231 para prevenir el contagio de las venéreas fue el examen y el certificado prenupciales. El reclamo de su instauración en los años precedentes nutrió la agenda de organizaciones inspiradas en los principios de la eugenesia, que bregaba por el control de los progenitores para evitar que transmitieran a su descendencia su herencia defectuosa, provocada, entre otras enfermedades, por aquellas de transmisión sexual. Así, por ejemplo, la Liga Argentina de Profilaxis Social argumentaba acerca de la magnitud del problema, ofreciendo los resultados de los primeros tres años de labor de sus consultorios prenupciales. Entre los 1565 asistentes voluntarios analizados, solo el 3% fue considerado “apto” para el matrimonio.<sup>46</sup> Esta demanda se imbricaba en una campaña internacional desde las primeras décadas del siglo xx y fue acaloradamente debatida en congresos internacionales como, por ejemplo, la Conferencia de Eugenesia en Buenos Aires, del año 1934. A principios de la década del 1930, distintas versiones del certificado estaban presentes en 27 países del mundo, entre ellos cinco en América Latina (Brasil, Cuba, México, Panamá y Perú), impidiendo la celebración del matrimonio a aquellas personas que se encontraran cursando una dolencia venérea.<sup>47</sup>

En la década del treinta, un conjunto de proyectos legislativos propuso inicialmente el examen y el certificado prenupciales para ambos sexos. No obstante, la posibilidad de que la mujer soltera fuese auscultada por un profesional designado por una autoridad sanitaria encontró oposición entre muchos médicos y legisladores, que suponían que constituía una ofensa al pudor femenino en la medida que contenía el supuesto de que había perdido su reputación antes de contraer matrimonio. De allí que, se debatió en el Congreso la posibilidad de que las futuras esposas se realizaran voluntariamente el examen o declararan no poseer enfermedad venérea alguna. Nuevamente aparecieron en las discusiones los argumentos morales en torno a la dignidad de las contrayentes, que opacaron otras intervenciones que sostenían que una declaración jurada era un acto educativo para las mujeres, en la medida en que la consulta con un médico las ponía al tanto de los peligros de padecer una enfermedad de transmisión

46 Fernández Verano, Ascheri y Fairstein, 1934, p. 1792.

47 Reggiani, 2019, pp. 124-137.

sexual, o aquellas que alegaban que un diagnóstico a partir de una prueba de sangre (Wasserman) de ninguna manera constituía un método invasivo.<sup>48</sup>

Finalmente, el artículo 13 de la ley sancionada dispuso la obligatoriedad del certificado prenupcial solo para los varones. Con ello, las mujeres consideradas decentes y las prostitutas— como vimos en el apartado anterior—, quedaban excluidas de todo control sanitario. De este modo, la responsabilidad de la salud reproductiva recaía sobre los varones que debían demostrar ante las autoridades sanitarias que no poseían ninguna enfermedad transmisible. Los bordes de la ciudadanía se volvían a delinear en torno a un criterio androcéntrico en el que los varones podían ser incluidos a la comunidad nacional en la medida que se encontraran saludables y fuesen aptos para trabajar, reproducirse y luchar al servicio de la patria, mientras que las mujeres quedaban despojadas de su condición de sujeto de derecho sanitario.

El certificado prenupcial fue de gran relevancia para la lucha antivenérea porque significó, por primera vez, la intervención del Estado en todo el territorio nacional para brindar comprobantes médicos a los varones que se encontraban en la etapa previa al enlace matrimonial. Los jefes de los servicios nacionales y los galenos designados por las autoridades sanitarias tenían el deber de efectuar el examen de forma gratuita y sin excepciones de ningún tipo, a la vez que los futuros esposos realizárselos si querían casarse y posponer su matrimonio en caso de probarse que se encontraban en período de contagio. Con la sanción del artículo 13—y de manera global de la ley— el Estado argentino puso en marcha una política sanitaria unificada de profilaxis venérea que se proponía alcanzar a toda la población masculina dentro de la frontera nacional para asegurar su reproducción saludable, al tiempo que reconocía su derecho social a la salud.

Sin embargo, inmediatamente después de reglamentarse a través del Decreto N° 102 466 del año 1937, comenzó a ser debatido por la comunidad de galenos. El primer punto de discusión de su puesta en práctica se centró en que solo podrían otorgar exámenes prenupciales aquellos directores y jefes médicos de servicios nacionales, provinciales o municipales de cualquier especialidad, junto con los galenos que las autoridades sanitarias determinasen (de la esfera militar, naval o incluso de la privada) en caso de que en la jurisdicción donde se encontrara el registro civil no hubiese instituciones públicas de salud. Si bien la potestad de los servicios públicos, en contraste con los consultorios privados, daba mayor transparencia a la emisión del documento probatorio del no padecimiento de una enfermedad venérea, el hecho de que cualquier especialista pudiera expedirlo provocaba recelos entre aquellos profe-

---

48 Almirón, 2016.

sionales que desde principios de siglo venían trabajando en pos de la erradicación de las enfermedades secretas, los venereólogos y los dermosiflógrafos. En ese sentido, José Luis Carrera, jefe de servicio del Hospital Fernández, insistía en que el certificado prenupcial debía ser expedido por un cuerpo de expertos y no por cualquier médico que poseyera “cierta categoría hospitalaria”. Lo que aparece en esta enunciación es la defensa corporativa hacia los especialistas en enfermedades venéreas, como aquellos profesionales idóneos a la hora de extender un certificado de no padecimiento del mal, en detrimento de los médicos clínicos de los hospitales públicos que, si bien contaban con la prueba de laboratorio, se sospechaba que podían dar lugar a erróneas lecturas por su falta de competitividad en el tema.<sup>49</sup>

El segundo punto de discusión, y probablemente el más controversial, giró en torno a la obligatoriedad del certificado médico prenupcial solo para el cónyuge de sexo masculino. Varios miembros de la corporación médica reaccionaron reclamando que la mujer debía ser comprendida en las disposiciones del artículo 13, “tanto más en su carácter de madre que tiene funciones fundamentales en la reproducción de la especie”, o al menos, que se exigiera una declaración jurada de no padecimiento de enfermedad venérea en período de contagio.<sup>50</sup> Desde el punto de vista legal, Enrique Díaz de Guijarro –profesor de derecho civil en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires– evidenció la arbitrariedad de imponer la obligatoriedad del certificado prenupcial a los varones, cuando la transmisión de las enfermedades era posible tanto por vía masculina como femenina. El argumento se reforzaba, para este abogado, ante los enlaces de mujeres viudas o divorciadas, donde, en cuyo caso “no es posible esgrimir el efectista pero inocuo argumento de que el examen prenupcial es un agravio a la honestidad de la mujer”.<sup>51</sup> Esta posición, sostenida también por un importante número de médicos ligados a la asistencia venereológica, quienes, en 1938, coincidieron en una encuesta en la necesidad de extender a las mujeres la obligación del certificado prenupcial o, al menos, de una declaración jurada de buena salud<sup>52</sup>, encontró una opinión desfavorable por parte del Departamento Nacional de Higiene. Marcial Quiroga, médico de la Sección Dermatovenereológica de esa repartición, sugirió que, en los casos de contagio conyugal y transmisión a la descendencia, la infección provenía generalmente del hombre.<sup>53</sup>

---

49 Carrera, 1939, p. 199.

50 *Revista del Colegio de Médicos*, 1938, p. 8.

51 Díaz de Guijarro, 1939, p. 23.

52 Tey, Garzón y Brandan, 1938, p. 175.

53 Quiroga, 1941, p. 759.

Algunos especialistas redoblaron la apuesta y propusieron que el certificado no solo fuera obligatorio para ambos sexos, sino además que se convirtiera –ya sea por costumbre o legislación– en una suerte de intercambio de partes. Esgrimían que era tan importante saber con qué bienes contaban las familias de los novios como si alguno de sus integrantes, sobre todo los futuros esposos, padecían “taras sociales”.<sup>54</sup> En el otro extremo se encontraban quienes bregaban por el certificado prenupcial voluntario, afirmando que la obligación del examen hacía que numerosos varones no lo realizaran y que, omitiendo la boda y formando parejas de hecho, sortearan a las autoridades médicas, y la posibilidad de quedar asentado un diagnóstico de enfermedad venérea. Teniendo la libertad de hacerlo de manera voluntaria, sería más cómodo y se volvería una costumbre higiénica inculcada en el pueblo.<sup>55</sup>

El tercer núcleo de debate se centró en la posibilidad de diagnósticos errados y la aparición de enfermedades sexuales una vez consumado el matrimonio. La falta de consultorios venereológicos y de laboratorios donde se pudiera hacer la prueba de Wassermann en muchos lugares del interior del país llevaba a los médicos a preguntarse quién era el último responsable– el Estado o los galenos firmantes del certificado prenupcial– ante matrimonios autorizados mientras el varón se encontraba en período de contagio de la enfermedad venérea. En ese sentido, José Luis Carrera, afirmaba que la responsabilidad del examen prenupcial representaba “una preocupación más, de conciencia, para el médico”. Pero, desgraciadamente, las leyes se aprobaban sin que el conjunto del cuerpo médico, y en particular de los especialistas a quienes afectaban, fueran consultados. De allí que se suscitaban, ulteriormente, “dudas, errores y malas interpretaciones”.<sup>56</sup> En consecuencia, para evitar la entrega de certificados después de un examen clínico o de reacciones sanguíneas insuficientes, los venereólogos sugirieron, desde la asociación que los nucleaba, que era menester estandarizar el proceso que debían seguir los diagnósticos y ajustarlo a los nuevos conocimientos de la disciplina.<sup>57</sup> En este sentido, Francisco Russo propuso que se modificara el texto de la ley, disponiendo la creación de consultorios *ad hoc* para practicar los exámenes prenupciales, reglamentando cómo debían realizarse (análisis serológicos y bacteriológicos de rigor llevados a cabo en laboratorios oficiales) y documentando para cada sexo y estado civil sus resultados.<sup>58</sup>

---

54 Benthin, 1937, p. 8.

55 Di Liscia, 2002, pp. 215-126.

56 Carrera, 1939, p. 199.

57 Massolo, 1937, p. 152.

58 Russo, 1944b, pp. 18-19.

Hacia los últimos años de la década del 1930, la Sección Dermatovenereológica del Departamento Nacional de Higiene comenzó una intensa campaña en pos de la implementación del certificado prenupcial en todo el territorio nacional. Para ello, debió enfrentarse a varios desafíos. Por un lado, la aceptación por parte de la población en general. Según los informes y estadísticas brindados por la repartición, no existía la resistencia supuesta antes de llevar a la práctica la disposición del certificado prenupcial obligatorio y la opinión pública parecía consensuar el “valor sanitario y moral implícito en esta medida”.<sup>59</sup> En contraste con esta apreciación, en un informe publicado por la *Revista Argentina de Dermatosifilología* se presentaba un panorama poco favorable. Los galenos Antenor Tey, Rafael Garzón y Gustavo Brandan exponían los resultados de las encuestas realizadas por ellos mismos en los espacios provinciales, y remarcaban que, en muchas regiones, la población aún no estaba preparada culturalmente para el cambio y continuaba enraizada en las viejas costumbres.<sup>60</sup>

Por otro lado, el temor a la reducción de matrimonios y el incremento de nacimientos “ilegítimos” fue desmentido por las cifras estadísticas presentadas por el Departamento Nacional de Higiene. De esta forma, la repartición nacional respondía a las denuncias de referentes del mundo católico, como el intelectual Alejandro Bunge y el arzobispo de Buenos Aires, monseñor Franceschi, quienes afirmaban que las supuestas trabas burocráticas del certificado médico prenupcial incentivarían el nacimiento de hijos “ilegítimos”, porque la población se negaría a contraer matrimonio. En consecuencia, estos niños nacerían en inferioridad de condiciones respecto a los hijos “legítimos”, por encontrarse en contra de “los conceptos de la familia cristiana, la naturaleza humana y el ámbito hogareño”.<sup>61</sup>

Un punto central en la agenda del Departamento Nacional de Higiene fue la instalación de consultorios prenupciales a lo largo de todo el territorio nacional. A pesar de las cifras y del carácter triunfalista que se constata en los documentos oficiales, estudios realizados recientemente acerca de la llegada que el Estado nacional tenía en las provincias del interior, en especial en los territorios nacionales, muestran que la atención sanitaria era deficiente, al punto de que muchas maestras e incluso policías locales terminaban ocupando la función del médico. Desde Buenos Aires no solo no se suministraban recursos, sino que tampoco se enviaban grupos de profesionales

---

59 *Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*, 1939, pp. 239-241.

60 Tey, Garzón y Brandan, 1938, pp. 160- 167.

61 Di Liscia, 2002, p. 228.

idóneos que pudieran atender a la población aislada de los centros urbanos.<sup>62</sup> Ante esta falta de recursos y de personal idóneo, la repartición sanitaria instaló dispensarios de atención primaria en muchas zonas del país, donde los médicos generalistas otorgaban los certificados prenupciales.<sup>63</sup>

Además, la Sección Dermatovenereológica debía afrontar la dificultad de realizar los análisis serológicos en lugares que no poseían laboratorios o que estaban muy alejados de ellos. Con este fin, realizó gestiones ante la Dirección General de Correos y Telégrafos para remitir gratuitamente por vía aérea, desde zonas alejadas como la Patagonia, las extracciones a ser analizadas por el Instituto Bacteriológico Nacional. Por otro lado, proyectó la creación –hasta el año 1942 sin resolución práctica– de laboratorios regionales ubicados en lugares estratégicos del territorio, destinados a servir a sus respectivas zonas de influencia y donde los materiales a examinar pudieran llegar por ferrocarril u otros medios de movilidad, dentro de las 24 horas de haber sido extraídos.<sup>64</sup>

La posibilidad de implementar el certificado médico prenupcial como una política de alcance nacional se reforzó durante la gestión del primer peronismo, en la medida que la repartición sanitaria había sido sometida, desde principios de la década del 1940, a un conjunto de cambios escalonados que fortalecieron su centralización administrativa, y que se contó con mayor cantidad de recursos materiales, personal idóneo e infraestructura.<sup>65</sup> La intervención de las reparticiones ocupadas del saneamiento de enfermedades de transmisión sexual amplió sus capacidades conforme la salud comenzó a ser considerada un derecho, y la ciudadanía que tenía acceso a ella configuró un carácter universal.

En ese marco, la Secretaría de Salud Pública incluyó como prioritaria en su agenda la lucha contra los males venéreos. Alertada por el aumento de casos nuevos –47 400 de sífilis y 30 200 de blenorragia–, propuso en el Plan Analítico para los primeros cinco años de su gestión una serie de medidas, entre las que se encontraba el examen prenupcial voluntario para las mujeres como “gesto patriótico”.<sup>66</sup> La revitalización de un debate que había quedado inconcluso después de la sanción de la Ley N° 12 331, volvió a la escena pública respaldada por nuevos argumentos. Ya no se trataba de cuidar

---

62 Bohoslavsky y Di Liscia, 2008.

63 Puente, 1940, p. 15.

64 *Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*, 1939, pp. 239-241; 1940, pp. 16-17; 1941, pp. 41-43 y 1943, pp. 63-64.

65 Biernat, 2016.

66 Secretaría de Salud Pública, 1947, pp. 979-1008.

el pudor de las mujeres, sino de apelar a su responsabilidad para con el conjunto de la sociedad. El proceso de ampliación de la ciudadanía social, proyectado por el gobierno peronista, requería de un compromiso fuerte de sus beneficiarios que no solo comprendía un movimiento desde el poder público hacia la población, sino también de acciones concretas de parte de sus miembros para con la comunidad que integraban.

Esta nueva construcción de derechos y obligaciones sanitarias fue legitimada mediante encuestas. Así, por ejemplo, aquellas realizadas a mujeres en el Hospital Ignacio Corsini arrojarían los resultados que, de un total de 81 empleadas de escritorio, –de gran reputación dentro de las trabajadoras–, el 96% estaba de acuerdo con que se incluyera en la ley el certificado prematrimonial voluntario para las mujeres. Por su parte, de un total de 95 obreras, el 94% apoyaba la modificación de la normativa.<sup>67</sup> Esta nueva estrategia de incluir la opinión de las mujeres de manera directa buscaba restituir un debate que parecía haber quedado en el pasado, con el apoyo de sus destinatarias que eran convocadas a conformar un nuevo pacto de ciudadanía.

El certificado prenupcial no solo fue considerado un elemento central en la profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual por la gestión peronista sino, también, como un instrumento de medición y construcción estadística. En este sentido, los informes del Ministerio de Salud Pública aseguraban que su cumplimiento se había extendido a todas las reparticiones sanitarias del país.<sup>68</sup> Entendemos que este nivel de acatamiento estuvo vinculado a la creciente centralización administrativa de la repartición sanitaria, pero, también, a una mayor disponibilidad de recursos monetarios, técnicos y profesionales. Por otro lado, los informes presentados cruzaban el número de certificados otorgados por año con la cantidad de enfermos infectados, constatando que los trámites denegados habían descendido del 13% en 1946 al 0,75% en 1951, lo que para el Ministerio de Salud Pública confirmaba que el índice de morbilidad venérea se había reducido gracias al éxito de su política de profilaxis.<sup>69</sup> Cabe aclarar que muchos informes médicos de hospitales públicos llegaban a las mismas conclusiones que la repartición nacional, lo que podría ser leído como la confirmación de una tendencia de descenso de las enfermedades de transmisión sexual, una vez comenzado a aplicar el tratamiento con penicilina.<sup>70</sup> Por su parte, la reflexión de los galenos de la esfera estatal subnacional como el doctor tucumano Luis Manuel Silvetti, ministro de Asistencia Social y Salud Pública de esa provincia, reconocía el gran provecho que

67 Padilla y Speroni, 1951, p. 287.

68 *Boletín del Día*, 1952, p. 64.

69 *Boletín del Día*, 1952, p. 65.

70 Padilla y Speroni, 1951, pp. 283-286.

representaba para la profilaxis venérea la aplicación del certificado prenupcial, a pesar de las dificultades atravesadas por su repartición para implementarlo.<sup>71</sup>

En suma, el certificado prenupcial obligatorio y gratuito para los varones fue uno de los instrumentos centrales de la profilaxis venérea. No obstante haber sido legislado y reglamentado, su puesta en práctica llevó a una serie de debates entre las agencias estatales, nacional y provinciales, y distintos actores tales como los profesionales médicos, los juristas, la jerarquía eclesiástica o los propios usuarios. Las posiciones que se asumieron en el proceso de resolución de cuestiones vinculadas a los intereses en pugna definieron tanto la naturaleza de su intervención social como la consecuente inclusión de determinados núcleos poblacionales y la marginación de otros. En este sentido, la oportunidad de acceso a la salud para los varones de las clases más desprotegidas, no corrió en paralelo con el reconocimiento de este derecho a las mujeres por considerar que los resultados de la prueba requerida para el otorgamiento del certificado prenupcial podrían afectar su honor y que era el varón el que aseguraba la salud de la mujer considerada decente. De todos modos, estos principios contenidos en la normativa abrieron lugar a cuestionamientos que se legitimaron desde criterios sanitarios, sociales y hasta cívicos. Por otro lado, un conjunto de límites a la puesta en práctica del certificado prenupcial fueron la desproporción entre la ambición de intervención de la normativa en todo el territorio nacional y la resistencia de los poderes provinciales y municipales, junto con la escasez de recursos, personal idóneo y tecnología para llevarlo a cabo. La posibilidad de sortear estas dificultades se dio en consonancia con la reorientación de los objetivos políticos a lo largo de la década de 1940. En efecto, para el Estado peronista la política sanitaria se constituyó en una de las más visibles intervenciones sociales. En consecuencia, la multiplicación del presupuesto para la profilaxis venérea, el cariz más inclusivo de los instrumentos ligados a ella, la profundización del proceso de centralización administrativa de la agencia sanitaria nacional por sobre las provinciales y municipales, y el avance de los desarrollos tecnológicos, como por ejemplo, el uso de la penicilina o la sofisticación de las pruebas de laboratorio, sentaron las bases para que la obligación del certificado prenupcial fuese posible desde el lado de la oferta de este servicio por parte del Estado.

## A modo de conclusión

Los dispositivos diagramados para prevenir el contagio y la expansión de las enfermedades venéreas, en un contexto limitado para su cura, remitían a una ciudadanía de carácter universal como su beneficiaria. Sin embargo, la sanción de la normativa y

---

71 Silveti, 1957, p. 5.

su puesta en práctica estuvieron limitadas por prejuicios morales, de género, generacionales y de clase, que actuaron como limitantes para sus destinatarios, dando lugar a nuevos movimientos de exclusión e inclusión. Por otro lado, la apelación a un sujeto ideal que debía comprometerse de forma responsable con el futuro de la nación, dejaba en evidencia el contenido moralizador presente en los mensajes públicos. No obstante, a pesar de hacer énfasis en el carácter social de las enfermedades de transmisión sexual, la responsabilidad de su prevención y cura seguía recayendo sobre la decisión autónoma de los individuos, quienes debían demostrar con ello sus méritos para formar parte de la ciudadanía saludable.

La pedagogía sanitaria fue pensada como una herramienta para involucrar a toda la ciudadanía en la prevención de las enfermedades venéreas, pero razones de índole cultural e institucional obstaculizaron su plena realización. La educación sexual en las escuelas, orientada a varones y mujeres, nativos y extranjeros, de todas las edades, fue resistida por actores de peso vinculados a la cultura católica, que se oponían a la divulgación de contenidos que eran considerados inapropiados para ciertos grupos etarios, y por municipios y provincias que veían avasallada su autonomía para poner en práctica la política educativa. Por su parte, la divulgación de los principios de profilaxis individual para los adultos quedó restringida a los varones heterosexuales, en su mayoría pertenecientes a la clase trabajadora, considerada la más expuesta al contagio venéreo por su falta de educación, por su propensión a consumir prostitución y por sus conductas poco higiénicas. Las mujeres quedaron excluidas de este dispositivo, sea porque exponerse en espacios públicos afectaba la honra de las consideradas decentes, sea porque, en el caso de aquellas que comerciaban con su cuerpo, no se estimaba necesario. Estas exclusiones, sumadas a otras de orden material como la falta de presupuesto o de personal idóneo para llevar a cabo la política de prevención, limitaron la conformación del carácter universal de la ciudadanía sanitaria.

La abolición de la prostitución reglamentada excluyó a las prostitutas de los controles sanitarios periódicos y, con ello, su acceso a la ciudadanía sanitaria. Como contrapartida, adjudicó a los varones que pagaban por tener sexo la responsabilidad de los cuidados profilácticos antes y después del coito, reforzando su injerencia en la prevención de la expansión de los males venéreos. A pesar del consenso de los especialistas con esta medida, el ejercicio de la prostitución resultante, exento de la obligación de la visita médica, comenzó a ser visto como un nuevo peligro para la propagación de las dolencias de transmisión sexual, y la inexistencia de burdeles avivó pánicos morales respecto de las conductas desviadas de los varones jóvenes. De allí que se propuso la adopción obligatoria de la libreta de salud para las prostitutas y la apertura, durante los años peronistas, de lugares donde se ofrecieran servicios sexuales con la autorización expresa de las autoridades sanitarias.

El certificado prenupcial fue una disposición preventiva que, si bien fue pensada inicialmente para toda la ciudadanía, terminó excluyendo a las mujeres por considerar que atentaba contra su honra. Con ello, nuevamente los varones fueron ungidos como únicos responsables de la salud presente y futura de la población. No obstante, a diferencia de la instrucción y la higiene profiláctica, el carácter obligatorio y gratuito de la condición para contraer matrimonio se convirtió en un dispositivo de vigilancia y control. La puesta en práctica del certificado prenupcial encontró limitaciones durante la primera década de la sanción de la ley, por la desproporción entre la ambición de intervención de la normativa en todo el territorio nacional y la resistencia de los poderes provinciales y municipales, junto con la escasez de recursos, de personal idóneo y de tecnología para llevarlo a cabo. Estas limitaciones fueron desapareciendo durante los años peronistas, dada la multiplicación del presupuesto para la profilaxis venérea, la profundización del proceso de centralización administrativa de la agencia sanitaria nacional y el avance de los desarrollos tecnológicos. Por ello, la repartición sanitaria dejó de lado la preocupación por la prevención del contagio, aunque no la abandonó totalmente, y centró la atención en la localización de los enfermos y en la obligatoriedad de su cura. De todos modos, la voluntad pública no se tradujo en resultados eficaces, y las interferencias de prejuicios morales obraron para ir desplazando estos mecanismos de control de toda la población adulta a las mujeres que comerciaban con su cuerpo.

En suma, la profilaxis venérea de la primera mitad del siglo xx en la Argentina estuvo enmarcada en el proceso de construcción de una ciudadanía sanitaria. Los cuerpos enfermos alojaron las metáforas acerca de una ciudadanía que se consideraba incompleta, pero, a su vez, las posibilidades de su cura. Tanto la posesión de derechos y responsabilidades como la práctica política requirieron de pactos sociales atravesados por la clase, el género, la generación y la etnia, que delimitaron ámbitos de exclusiones e inclusiones en un Estado nacional que se determinaba en términos de igualdad ante la ley. Los bordes de la ciudadanía se definieron y redefinieron en base a las cambiantes concepciones en torno a los derechos, al avance científico, a los prejuicios morales y a las propias demandas de los sujetos que padecían el estigma de no pertenecer.

*Fecha de recepción:* 28 de agosto de 2024

*Fecha de aprobación:* 20 de diciembre de 2024

## Fuentes primarias

Baliña, P. (1937). “Libreta de salud obligatoria y lucha antivenérea”. *Revista Argentina de Dermatosifilología*, t. XXI, pp. 611-622.

Baliña, P., Castaño, E., Zwanck, A. y Scolari, P. (1944). “Apreciaciones emitidas sobre profilaxis venérea”. *Revista Argentina de Dermatosifilología*, t. XXVIII, pp. 178-179.

Bard, L. (1920). “Educación especial y profilaxis antivenérea en los centros obreros”. *La Semana Médica*, 22 de abril, p. 564.

Benthin, W. (1937). “El certificado prenupcial. Más que la atracción mutua, la salud debe ser la base de la unión matrimonial. De ahí la importancia del examen médico previo”. *Viva Cien Años*, IV(1), p. 8.

Beruti, J. y Zurano, M. “Contribución al estudio del problema de la protección maternal en nuestro país”. En J. Beruti, *Producción científica y cultural*, t. III, pp. 573-580.

Camaño, O. y Rígoli, J. (1947). “Índice de morbilidad venérea en diferentes grupos sociales de la Capital Federal”. *Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación*, I(7), pp. 23-28.

Camaño, O. y Rígoli, J. (1948). “Educación sanitaria. Su organización en la Dirección de Higiene Social de la Secretaría de Salud Pública de la Nación”. *Archivos de la Secretaría de Salud Pública de la Nación*, IV(5), pp. 461-476.

Carrea, J. L. (1938). “El certificado médico prenupcial en relación a la sífilis”. *La Semana Médica*, (12), p. 218.

Carrillo, R. (1948a). “El abolicionismo no excluye la policía sanitaria”. *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, IV(5), pp. 387-392.

Díaz de Guijarro, E. (1939). “Eugenesia y matrimonio”. *Revista de Medicina Oncología*, XIII(130), pp. 20-26.

Fernández Verano, A. (1921). “Liga Argentina de Profilaxis Social”. *La Semana Médica*, 23 de junio, p. 745.

Fernández Verano, A., Ascheri, A. y Fairstein, D. (1934). “Liga Argentina de Profilaxis Social. Consultorio pre-nupcial. Resultados obtenidos en los tres primeros años de funcionamiento”. *La Semana Médica*, (575), pp. 1791-1794.

Jiménez de Azúa, L. (1953). “La ley 12.331 de profilaxis de las enfermedades venéreas”. *Anales de Legislación Argentina, 1920-1940*. Buenos Aires: La Ley, pp. 703-728.

Landaburu, L. (h) y Aftalión, E. (1942). “Aspectos civiles, penales y administrativos de la ley 12.331 de profilaxis antivenérea”. *Revista Argentina de Dermatosifilología*, XXVI, pp. 763-774.

Massolo, O. (1937). “Al margen del certificado médico prenupcial”. *Revista de la Sociedad Argentina de Venerología y Profilaxis Social*, I(2), pp. 151-154.

Padilla, T. y Speroni, A. (1951). “Diez años de examen médico prenupcial”. *Revista de la Academia de Medicina*, XI(5), pp. 283-287.

Puente, J. (1940). “Estado actual de la profilaxis de las enfermedades venéreas en la República Argentina”. *Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*, (4), pp. 426-438.

Quiroga, M. (1941). “Certificado prenupcial”. *Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene*, (7), pp. 759-761.

Russo, F. (1937a). “Profilaxis individual”. *Revista de la Sociedad Argentina de Venerología y Profilaxis Social*, (1), pp. 99-102.

Russo, F. (1937b). “Profilaxis en los cafetines”. *Revista de la Sociedad Argentina de Venerología y Profilaxis Social*, (1), pp. 95-97.

Russo, F. (1944a). “Equipos preventivos y secciones de instrucción profiláctica de la ley 12.331”. *Revista de la Sociedad Argentina de Venerología y Profilaxis Social*, (13), pp. 27-32.

Russo, F. (1944b). “Un agregado indispensable al decreto reglamentario de la ley 12.331”. *Revista de la Sociedad Argentina de Venerología y Profilaxis Social*, (13), pp. 17-25.

Secretaría de Salud Pública (1947). *Plan analítico de salud pública*, t. II. Buenos Aires.

Silvetti, L. M. (1957). “Comentarios sobre el certificado prenupcial a casi 20 años de su vigencia”. *Archivos Argentinos de Dermatología*, VII(1), pp. 4-5.

Sirlin, L. (1920). “Algo sobre eugenia y educación”. *La Semana Médica*, 23 de diciembre, pp. 875 y 877.

Solano, S. (1936). “Certificado prenupcial obligatorio”. *Anales de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social*, IV(63), pp. 21-24.

Tey, A., Garzón, R. y Brandan, G. (1938). “Informe presentado por la subcomisión del Círculo Médico de Córdoba (A propósito de la ley 12.331 de profilaxis de las enfermedades venéreas)”. *Revista Argentina de Dermatosifilología*, XXII(12), pp. 168-172.

## Revistas

Boletín del Día

Boletín Sanitario del Departamento Nacional de Higiene

Cultura Sexual y Física

Revista del Colegio de Médicos

## Bibliografía

Almirón, V. (2016). La doble moral en la sanción del certificado prenupcial argentino (1935-1936). *Sociedad y Discurso*, (29), 188-210.

Armus, D. y Belmartino, S. (2001). Enfermedades, médicos y cultura higiénica. En A. Cattaruzza (dir.), *Crisis económica, avance del estado e incertidumbre política (1930-1943)*. Nueva Historia Argentina (pp. 283-329). Buenos Aires: Sudamericana.

Barrancos, D. (1991). Contraconcepcionalidad y aborto en la década de 1920: problema privado y cuestión pública. *Estudios Sociales*, 1(1), 75-86. Recuperado de <https://doi.org/10.14409/es.v1i1.1985>

Barrancos, D. (2019). Modernidad problemática. Género, sexualidad y reproducción en la Argentina del siglo XX. En D. Barrancos, *Devenir feminista* (pp. 443-478). Buenos Aires: Clacso.

Biernat, C. (2007). Médicos, especialistas, políticos y funcionarios en la organización centralizada de la profilaxis de las enfermedades venéreas en la Argentina (1930-1954). *Anuario de Estudios Americanos*, 64(1), 257-288. <https://doi.org/10.3989/aeamer.2007.v64.i1.40>

Biernat, C. (2016). Continuidades y rupturas en el proceso de centralización de la administración sanitaria argentina (1880-1945). *Trabajos y Comunicaciones*, (44), 1-23.

Biernat, C. (2018). Cuando los enfermos van a la justicia. Denuncias de varones por contagio venéreo y prácticas punitivas en la provincia de Buenos Aires (1936-1954). *Historia y Justicia*, (10), 104-129. <https://doi.org/10.4000/rhj.1295>

Biernat, C. y Ramacciotti, K. (2012). Preguntas y herramientas para el análisis de las políticas sociales. En C. Biernat y K. Ramacciotti (eds.), *La política social entre demandas y resistencias: Argentina, 1930-1970* (pp. 9-36). Buenos Aires: Biblos.

Bohoslavsky, E. y Di Liscia, M. S. (2008). La profilaxis del viento. Instituciones represivas y sanitarias en La Patagonia Argentina, 1880-1940. *Asclepio*, 60(2), 187-206. <https://doi.org/10.3989/asclepio.2008.v60.i2>

de la Dehesa, R. (2015). *Incursiones queer en la esfera pública: Movimientos por los derechos sexuales en México y Brasil*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México/Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids/Sexuality Policy Watch.

Di Liscia, M. S. (2002). Hijos sanos y legítimos: sobre matrimonio y asistencia social en Argentina (1935-1948). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, (9), 209-232. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000400010>

Donzelot, J. (2007). *La invención de lo social: ensayo sobre la declinación de las pasiones políticas*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Grammático, K. (2000). Obreras, prostitutas y mal venéreo. Un Estado en busca de la profilaxis. En F. Gil Lozano, V. Pita y M. G. Ini (coords.), *Historia de las mujeres en la Argentina* (pp. 117-131). Buenos Aires: Taurus.

Guy, D. (1994). *El sexo peligroso: la prostitución legal en Buenos Aires, 1895-1955*. Buenos Aires: Sudamericana.

Milanesio, N. (2005). Redefining men's sexuality, resignifying male bodies: The Argentine law of anti-venereal prophylaxis, 1936. *Gender & History*, 17(2), 463-491.

Miranda, M. (2005). Matrimonio y procreación en la ortodoxia eugénica argentina. *Sociohistórica*, 17(1), 151-178.

Reggiani, A. (2019). *Historia mínima de la eugenesia en América Latina*. Ciudad de México: El Colegio de México.

Simonetto, P. (2019). *El dinero no es todo: Compra y venta de sexo en la Argentina del siglo XX*. Buenos Aires: Biblos.