



Formación y perfil profesional de los médicos del Ejército Argentino a principios del siglo XX

Training and professional profile of Argentine Army doctors at the beginning of the 20th century

Germán Soprano

gsoprano69@gmail.com

CONICET – Instituto de Investigación en humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de La Plata, Argentina, Argentina

Recepción: 02 Abril 2020

Aprobación: 01 Septiembre 2020

Publicación: 04 Enero 2021

Cita sugerida: Soprano, G. (2021). Formación y perfil profesional de los médicos del Ejército Argentino a principios del siglo XX. *Trabajos y Comunicaciones*, (53), e133. <https://doi.org/10.24215/23468971e133>

Resumen: El trabajo tiene por objeto la formación y perfil profesional de los médicos del Ejército Argentino a principios del siglo XX. Estos médicos eran un grupo de profesionales de la salud incorporados al Ejército como estudiantes avanzados de la carrera de medicina o tras graduarse en la universidad. El trabajo muestra cuáles eran los conocimientos teóricos y prácticos que debían poseer para cumplir sus funciones médicas y militares en tiempos de paz y de guerra. Se analiza el tema con una metodología cualitativa aplicada a fuentes institucionales militares de la época.

Palabras clave: Médicos, Sanidad Militar, Formación, Profesión, Ejército Argentino.

Abstract: The work aims at the training and professional profile of Argentine Army doctors at the beginning of the twentieth century. These doctors were a group of health professionals incorporated into the Army as advanced medical students or after graduating from university. The work shows what the theoretical and practical knowledge they had to possess to fulfill their medical and military functions in peace and wartime. The topic is discussed with a qualitative methodology applied to military institutional sources of the time.

Keywords: Doctors, Military Health, Training, Profession, Argentine Army.

INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene por objeto la formación y el perfil profesional de los médicos del Ejército Argentino a principios del siglo XX. Estos médicos ingresaban a esa Fuerza Armada como estudiantes avanzados de la carrera de medicina, completando sus estudios específicos en sanidad militar en la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar creada en 1898 y desde 1910 denominada Escuela de Aplicación de Medicina Militar; o bien se incorporaban tras graduarse como médicos en la universidad. Iniciaban su carrera militar como personal “asimilado” con el grado de cirujano de cuerpo (equivalente a teniente primero en el cuerpo combatiente) y podían alcanzar la máxima jerarquía como cirujano mayor (correspondiente a general de brigada). El trabajo muestra cómo se inscribían en la organización del Ejército y cuáles eran los conocimientos teóricos y prácticos que debían poseer para ingresar a la carrera militar y cumplir sus funciones como oficiales médicos en tiempos



de paz y de guerra. Para dar cuenta del tema, se recurre a un análisis cualitativo de publicaciones del Ejército, principalmente los *Anales de Sanidad Militar*, el *Boletín de Sanidad Militar* y la *Revista de la Sanidad Militar*.

En los últimos veinte años, la historiografía ha estudiado la formación de los médicos en la Argentina entre mediados del siglo XIX y XX, comprendiendo sus relaciones con la historia de la universidad, el Estado y las profesiones.¹ Desde la historia de la medicina (Veronelli y Veronelli Correch, 2004; PÉrgola, 2014) e historia social de la salud y la enfermedad (González Leandri, 1999; Ramacciotti, 2009; Álvarez, 2010; Zabala, 2010; Biernat, Cerdá y Ramacciotti, 2015; Buschini y Zabala, 2015; Di Liscia y Álvarez, 2019; Álvarez y Di Liscia, 2020) se ha reconocido la circulación de personas y saberes y prácticas entre el ámbito del Ejército y otras agencias estatales con competencia en la salud, la Cruz Roja, las carreras universitarias de medicina y los hospitales públicos. Pero a pesar de estas significativas contribuciones, nuestro conocimiento actual sobre ese período continúa centrado en los médicos y la medicina enseñada y practicada en medios civiles antes que en la esfera militar. Unos pocos trabajos académicos se sustraen a esta tendencia ocupándose de algunos protagonistas y hechos relevantes de la historia de la sanidad militar (De Marco, 1998; PÉrgola 2014), la salud física y moral del ciudadano-soldado en la concepción de la “nación en armas” (Bertoni, 2001; Aisenstein y Scharagrodsky, 2006; Gasió, 2012; Raiter, 2015; Levoratti y Roldán, 2019; Simonetto, 2019), la organización y funcionamiento de la sanidad del Ejército (Soprano, 2019a), la táctica y técnica de la sanidad militar (Soprano, 2019b) y las trayectorias profesionales de los médicos militares argentinos en medios castrenses y civiles (Dalla-Corte Caballero y De Marco, 2014; Soprano, 2020). Asimismo, cabe señalar que si la formación académica y profesional de los médicos militares no ha sido objeto de la historiografía, si se ha estudiado la formación, pensamiento y profesión de los oficiales del cuerpo combatiente del Ejército en ese período (García Molina, 2010; Quintero, 2014; Dick, 2014; Cornut, 2018; Avellaneda, 2017a, 2017b, 2019; Dalla Fontana, 2019).

La historia de la medicina e historia militar reconoce como primeros hitos de la sanidad militar la creación del Protomedicato en Buenos Aires en 1780, el dictado del primer curso de medicina en esa ciudad por el doctor Cosme Argerich en 1801 y la fundación del Instituto Médico Militar en 1815. A lo largo del siglo XIX se ha destacado el papel de la sanidad militar en la formación académica y el ejercicio profesional de los médicos por los conocimientos y experiencias adquiridos por los médicos militares en la Guerra de Independencia, la Guerra contra el Brasil, las “guerras civiles”, la Guerra de la Triple Alianza contra el Paraguay, la “Campaña al Desierto” y campañas navales (De Marco, 1998; Veronelli y Veronelli Correch, 2004; PÉrgola, 2014). Como se desprende de un reciente libro de Maximiliano Figuepron (2020), las crisis provocadas por guerras, revoluciones, catástrofes naturales y epidemias configuran estados críticos en los que tienen su génesis y desarrollo nuevos conocimientos y prácticas médicas, actores sociales, políticas e instituciones de salud pública.

Los médicos militares del Ejército en actividad entre 1865 y 1900 adquirieron conocimientos no solo en la carrera de medicina de la universidad sino participando en la campaña del Paraguay, las campañas contra las poblaciones originarias de la Patagonia y el Chaco y en los conflictos político-militares conocidos como las “revoluciones” de 1874, 1880, 1890 y 1893. Asimismo, estos médicos y los que se incorporaron desde principios del siglo XX –que a diferencia de sus predecesores no tuvieron participación personal en conflictos armados- también incorporaron a su repertorio de saberes y prácticas en sanidad militar las experiencias de los ejércitos extranjeros que desde mediados del siglo XIX protagonizaron las Guerras de Crimea, de Secesión Norteamericana, Austro-Prusiana, Franco-Prusiana, Turco-Rusa, Chino-Japonesa, Hispano-Americana, Ruso-Japonesa, Anglo-Bóer y la Primera Guerra Mundial (Soprano, 2019b; Soprano, 2020).²

LA ORGANIZACIÓN MODERNA DE LA SANIDAD MILITAR EN EL EJÉRCITO

El proceso de modernización, burocratización y profesionalización de la sanidad militar del Ejército se inició con la sanción del reglamento provisorio del cuerpo médico militar de 1881 y con aprobación de la Ley N°2377 Orgánica del Cuerpo de Sanidad del Ejército y la Armada de 1888, que otorgó “estado militar” al personal de sanidad y creó un cuerpo de sanidad del Ejército y otro de la Armada conformado por médicos, farmacéuticos, dentistas y veterinarios.³

La Ley Orgánica estableció equivalencias entre los oficiales médicos del cuerpo de sanidad y los oficiales del cuerpo combatiente: cirujano mayor/general de brigada; cirujano de ejército/coronel; cirujano de división/teniente coronel; cirujano de brigada/mayor; cirujano de regimiento/capitán; cirujano de cuerpo/teniente primero. De acuerdo con esta Ley y su reglamentación, para incorporarse como oficiales de sanidad, el postulante debía acreditar diploma médico o ser estudiante de la Facultad de Medicina. Los médicos, farmacéuticos, dentistas y veterinarios diplomados debían rendir un examen de aptitudes físicas, conocimiento de los reglamentos y disposiciones militares concernientes al servicio, y demostrar preparación técnica profesional relativa al servicio de sanidad y cualidades morales.⁴ Si por necesidades del servicio o por otras causas perentorias no reunían alguno de esos requisitos, eran dados de alta “en comisión” y en el curso de un año debían regularizar su situación. En tanto que los estudiantes de medicina podían incorporarse cursando 4º, 5º, 6º o 7º año de estudios universitarios. Los médicos titulados iniciaban su carrera militar con el grado de teniente primero, es decir, con dos grados más de jerarquía que los oficiales del cuerpo combatiente que empezaban su carrera como subteniente; asimismo, no alcanzaban las máximas jerarquías como general de división y teniente general. Los ascensos al grado superior eran por concurso, respetando la antigüedad en el grado y se otorgaban tras tres años de servicio activo como mínimo en el grado inmediato inferior.

La Memoria de Guerra y Marina de 1885 consignaba las dificultades que tenía el Ejército para reclutar médicos y estudiantes de medicina, con lo cual, el servicio de sanidad padecía de una crónica falta de ese personal. También observaba que ni las remuneraciones percibidas ni las perspectivas del desarrollo de una carrera en el Ejército eran por entonces atractivas para los médicos. Y advertía en forma crítica que el personal disponible eran civiles “asimilados” al Ejército, es decir, hombres sin ninguna o con escasa formación o experiencia militar y que, en consecuencia, no estaban suficientemente preparados para responder a las necesidades orgánicas y exigencias funcionales castrenses en tiempos de paz y mucho menos en tiempos de guerra (Ejército Argentino, 1972, p.424).

Aquellas dificultades en la incorporación de médicos y estudiantes no sólo estaban asociadas con las exigencias adicionales que imponía una carrera castrense, sino, más ampliamente, con la limitada disponibilidad de profesionales diplomados en la Argentina de esa época. María Laura Rodríguez, Adrián Carbonetti, María Dolores Rivero y María Alejandra Fantín (2018) efectuaron un cálculo de los “profesionales de sanidad” a partir de análisis de datos de los Censos Nacionales de población argentina de los años 1869, 1895 y 1914. En 1869 registraron: 458 médicos, 316 farmacéuticos, 486 parteros, 28 dentistas y 22 enfermeros. En 1895: 1.621 médicos, 1.306 farmacéuticos, 921 parteras, 133 dentistas y 423 enfermeros. En 1914: 3.455 médicos, 2.560 farmacéuticos, 2.083 parteras, 729 dentistas y 2.963 enfermeros. Señalaron que, contrariamente a la interpretación optimista que asocia el incremento de esos profesionales como consecuencia del progreso económico y social y el aumento de las capacidades estatales, aquellas cifras absolutas eran evidentemente reducidas si se las compara con el total de población registrada en los Censos: 1.877.490, 4.044.911 y 7.903.662 de personas, respectivamente. Asimismo, en el Censo Nacional de 1895, los médicos empadronados en la ciudad de Buenos Aires representaban el 54,4% del total del país. Ese elevado porcentaje de médicos residentes en esta ciudad no solo estaba relacionado con el poder político, económico y social que concentraba la metrópoli a nivel nacional; también guardaba correspondencia con el predominio cuantitativo de médicos titulados en la Universidad de Buenos Aires que había creado su carrera de medicina

en 1821;⁵ en tanto que la Universidad Nacional de Córdoba –en el interior del país- tuvo esa carrera desde 1877.⁶

De modo que no es de extrañar que en el curso de las primeras décadas del siglo XX haya persistido el déficit de profesionales de sanidad en el Ejército. En 1903 contaba con 76 médicos militares y en 1920 con 95. En la década de 1920 se produjeron incorporaciones hasta alcanzar 130 médicos militares en 1930 y 127 en 1936. Pero si tenemos presente que con la sanción de la Ley de Servicio Militar Obligatorio en 1901 fue necesario organizar la revisión médica anual de los ciudadanos de las clases convocados para esa prestación militar, la sobrecarga de trabajo requerida a los oficiales médicos se incrementó notablemente. En 1928 los médicos militares del Ejército debían atender a 2.064 oficiales, 4.983 suboficiales y 21.000 conscriptos en actividad y, en 1936 a 2.663 oficiales, 7.000 suboficiales y 35.000 conscriptos (Soprano, 2019a, pp.13-14).

CREACIÓN DE LA ESCUELA DE APLICACIÓN DE SANIDAD MILITAR/MEDICINA MILITAR

Desde mediados del siglo XIX las escuelas de sanidad militar de los ejércitos de países europeos o de Estados Unidos se clasificaban en tres tipos: escuelas de formación de oficiales, de enfermeros y de camilleros.⁷ En la Argentina, según el cirujano de ejército Pio Isaac Acuña, el médico Pedro Mallo –veterano de la Guerra de la Triple Alianza contra el Paraguay- promovió la creación de la una escuela de aplicación para aspirantes a oficiales de sanidad (Acuña, 1924, p.120). El inspector general de Sanidad, Eleodoro Damianovich apoyó el proyecto, que fue incorporado al presupuesto de Guerra y Marina en 1895. Sin embargo, la creación de la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar dependiente de la Inspección General de Sanidad –esta última denominada desde 1916 como Dirección General de Sanidad- se sustanció recién en 1898 y comenzó a funcionar efectivamente en 1902. La experiencia se discontinuó en 1905 por restricciones presupuestarias. Entonces se propuso como alternativa impartir conferencias sobre sanidad militar a los estudiantes que aspiraban a ingresar al cuerpo de sanidad; pero esta idea fue hallada insatisfactoria y en 1910 la Escuela fue reabierto como Escuela de Aplicación de Medicina Militar.⁸

Desde su creación, la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar/Medicina Militar fue anexada al Hospital Militar Central, que había sido inaugurado el 20 de marzo de 1889. Tenía por objetivo impartir formación teórica y práctica en sanidad militar a los estudiantes de medicina, farmacia y veterinaria que quisieran ingresar al Ejército como oficiales del cuerpo de sanidad. Los estudiantes de medicina debían -como mínimo- estar cursando el cuarto año de estudios en la Facultad de Medicina. Dicha enseñanza no sólo estaba orientada al ejercicio de la medicina, farmacia o veterinaria en organizaciones militares sino a la preparación militar para cumplir funciones como oficiales de sanidad en tiempos de paz y de guerra. Los aspirantes estudiantes de la Escuela debían continuar simultáneamente sus estudios en la Facultad de Medicina hasta graduarse y estaban obligados a servir en el Ejército por un período no menor de dos años una vez egresados.

De acuerdo con Federico Pérgola, el plan de estudios de medicina de la Universidad de Buenos Aires de 1902 organizaba las materias en cinco términos o trayectos que eran evaluados desde el final del segundo año hasta el fin del séptimo año. Las materias de cada término eran: 1) Zoología y Botánica; Anatomía e Histología. 2) Química Médica General y Biológica; Física Médica General y Fisiología. 3) Patología General; Anatomía Patológica; Materia Médica, Terapéutica y Toxicología; Higiene y Bacteriología; 4) Patología Externa; Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria; Clínica Oftalmológica; Clínica Quirúrgica. 5) Patología Interna; Clínica Médica; Medicina Legal; Clínicas Obstétricas y Ginecológicas (Pérgola, 2014, pp.118-119). Ese currículum universitario no incluía una formación específica en sanidad militar. Por ello, además de cursar y aprobar los exámenes de estas materias de la Facultad, los aspirantes a oficiales médicos debían complementariamente cursar y aprobar los exámenes de las materias de la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar/Medicina Militar: Medicina Legal y Legislación Militar; Clínica Quirúrgica y Cirugía de Guerra; Patología Militar; Enfermedades y Epidemias en los Ejércitos; Medicina Operatoria; Bacteriología

y Química Aplicada a la Higiene de los Ejércitos; Farmacología; Hipología Superior -esta última para veterinarios- (Inspección General de Sanidad, 1903c, p.1154).

Entre la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y dicha Escuela existían circulación de saberes, prácticas y profesores. Por ejemplo, para las mesas de exámenes de 1903 de la Escuela fueron invitados prestigiosos profesores universitarios que eran médicos civiles: Luis Güemes, Domingo Cabred, Carlos Malbrán, Máximo Castro, Leandro Valle, Julio Méndez y Manuel Irizar (Inspección General de Sanidad, 1903d, pp.1243-1245).⁹ A su vez, en 1903, los médicos militares Marcial V. Quiroga y Francisco de Veyga eran profesores de Patología Interna y de Medicina Legal, respectivamente, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; en tanto que el primero fue inspector general de Sanidad del Ejército entre 1900 y 1905 y el segundo entre 1907 y 1910.

En noviembre de 1903 la Escuela contaba con un plantel de 8 profesores médicos, 2 farmacéuticos y 2 veterinarios. El cuerpo de estudiantes estaba integrado por 4 estudiantes de 7º año de medicina, 4 de 6º año, 6 de 5º año, 7 de 4º año y 7 de 3º año; 2 estudiantes de 3º año de farmacia y 2 de 2º año; 5 estudiantes de 4º año de veterinaria, 1 de 3º año y 2 de 2º año. Los estudiantes se incorporaban por concurso (examen) como practicantes menores y eran promovidos a practicantes mayores cuando progresaban en sus estudios hasta su egreso. El concurso o examen de ingreso se abría para cubrir determinada cantidad de vacantes definidas por el Ejército, los postulantes eran examinados por una mesa conformada por médicos militares y, conforme a los resultados de los exámenes, se elaboraba un orden de mérito para definir quiénes ingresaban como practicantes menores. Por ejemplo, el 28 de agosto de 1908 se sustanció el concurso para cubrir una vacante de practicante menor en el Hospital Militar Central a la que se presentaron los estudiantes de medicina Pedro R. Bares, Luis Lobo y Guillermo Ruzo, resultando favorecido Lobo con la más alta calificación, quien por entonces era estudiante de 5º año de medicina (Inspección General de Sanidad, 1908d, pp.304-305).¹⁰ El 10 de octubre de 1908 se constituyó otra mesa examinadora para cubrir un puesto de practicante menor; se presentaron nuevamente Pedro R. Bares y Guillermo Ruzo, además de Pablo Piñero García, Félix Bianchi, Nicolás Carrizo y José P. Tamborini, siendo Ruzo, estudiante de 5º año de medicina, quien obtuvo la mejor calificación y fue designado en el cargo (Inspección General de Sanidad, 1908e:398).¹¹ El 11 de julio de 1909 se concretó un concurso para cuatro vacantes como practicante menor; una vez más postuló Nicolás Carrizo y, además, se presentaron Pedro J. Molina, José de Pereira Rego, Alejandro Castro, Samuel Borda, Arturo Schueidewind y Adolfo A. Martini; los cuatro cargos fueron adjudicados a Carrizo, Borda, Molina y Cáceres (Inspección General de Sanidad, 1909a, pp.369-370).¹² En 1910 se abrieron vacantes en la Escuela para 20 cirujanos médicos, 10 farmacéuticos y 8 veterinarios (Inspección General de Sanidad, 1910a, pp.94-97). Y el 28 de junio de 1910 se creó un puesto de practicante mayor y otro de practicante menor en el interior del país para el Hospital Militar de la Región IV en la ciudad de Córdoba, donde existía una Facultad de Medicina en la Universidad Nacional de Córdoba (Inspección General de Sanidad, 1910b, p.622). A su vez, un sumario abierto al estudiante de la Escuela, Armando Rivademar, revela que se les proveía libros, ropa e instrumentos para el estudio y se les abonaba por cuenta del Estado el importe correspondiente a los “derechos universitarios” desde su ingreso a la Escuela (Inspección General de Sanidad, 1903a, pp. 669-670).¹³ En este sentido, debemos recordar que los estudios en las universidades nacionales eran arancelados hasta la sanción del decreto N°29.337, del 22 de noviembre de 1949, por el presidente Juan Domingo Perón.

Como se dijo más arriba, el 14 de enero de 1910 se refundó la Escuela con el nombre de Escuela de Aplicación de Medicina Militar, manteniéndola anexa al Hospital Militar Central. Además de la formación de médicos, farmacéuticos y veterinarios del servicio de sanidad militar, se le asignó el dictado de cursos de aplicación y perfeccionamiento para el personal en funciones en los diferentes destinos militares y para los oficiales de reserva. Su director era el director del Hospital y el subdirector un médico con jerarquía de oficial superior u oficial jefe que tenía a su cargo la administración de la Escuela y dirección técnica del Hospital. El equipo de conducción se completaba con un oficial designado como jefe de estudios. Los profesores eran

oficiales de sanidad con destino en la Escuela. Los profesores titulares eran nombrados por el Ministerio de Guerra a propuesta de la Inspección General de Sanidad y ejercían la titularidad de la cátedra; los profesores suplentes accedían a sus cargos por concurso celebrado en la Escuela y remplazaban a los titulares en su ausencia o dictaban cursos complementarios. Los profesores contaban con el apoyo de personal auxiliar destinado en el Hospital. Asimismo, se determinó que a partir de 1910 no podría incorporarse a la sanidad del Ejército ningún médico, farmacéutico o veterinario que no hubiese completado sus estudios en la Escuela (Inspección General de Sanidad, 1910a, pp.94-97).

El plan de estudios de la Escuela de Aplicación en Medicina Militar de 1910 comprendía materias comunes para médicos, farmacéuticos y veterinarios: Instrucción Militar (leyes y reglamentos orgánicos del Ejército, reglamentos del servicio de guarnición y de campaña, conocimiento de las armas); Administración Militar; Legislación y Medicina Legal y Militar; Higiene Militar. En tanto que solo para médicos eran las materias: Patología Militar (enfermedades infecciosas, enfermedades venéreas y enfermedades propias del soldado) y Cirugía de Guerra. Para farmacéuticos: Farmacología Militar y Administración Hospitalaria. Y para veterinarios: Hipología Militar; Higiene y Patologías Hípicas Militares; Administración Hospitalaria (Inspección General de Sanidad, 1910a, pp.94-97). El plan de estudios no incluía materias destinadas a instruir y adiestrar a los oficiales de sanidad como “soldados”. No olvidemos que la Ley Orgánica del Cuerpo de Sanidad de 1888 había otorgado estado militar a los profesionales de la sanidad. Esto constituía un problema y un desafío para el Ejército, pues había que transformar un estudiante avanzado de 4º, 5º, 6º o 7º año de la carrera universitaria de medicina en un médico con conocimientos específicos en sanidad militar, pero también convertirlo en un “soldado” –un militar- o, más precisamente, en un “médico militar” que pudiera prestar servicios en una unidad operativa en el cuartel o en campaña en tiempos de paz o en el campo de batalla y en la retaguardia en tiempo de guerra. En torno de esta cuestión, una de las dificultades identificadas por la conducción del Ejército era que los médicos, farmacéuticos, dentistas y veterinarios “asimilados” a la carrera militar no poseían una adecuada instrucción y adiestramiento militar para el cumplimiento de sus funciones profesionales en una organización castrense. Por tal motivo, los contenidos de Medicina Legal y Legislación Militar tenían por objetivo proveer a los estudiantes esos conocimientos. Sin embargo, el estudio de esos conocimientos a través de leyes y decretos nacionales y reglamentos castrenses no convertía automáticamente a los estudiantes de medicina en “soldados”.¹⁴ Solo cuando los oficiales médicos recién egresados o incorporados al Ejército eran destinados a un regimiento a prestar servicios de sanidad, comenzaban a completar la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos como “soldados”, es decir, lo hacían mientras compartían con los oficiales del cuerpo combatiente, sargentos, cabos y soldados las actividades operativas cotidianas de instrucción y adiestramiento en cuartel y campaña en tiempo de paz. Y, aun así, cabe destacarlo, en las perspectivas de los oficiales del cuerpo combatiente, muchos de aquellos oficiales de sanidad “asimilados” difícilmente completaban una adecuada instrucción y adiestramiento militar.¹⁵

LA INCORPORACIÓN DE LOS MÉDICOS COMO OFICIALES DEL CUERPO DE SANIDAD DEL EJÉRCITO

Conforme a lo dispuesto por la Ley N°2377 Orgánica del Cuerpo de Sanidad del Ejército y la Armada de 1888, el 11 de marzo y el 30 de junio de 1908, el presidente José Figueroa Alcorta reglamentó los requisitos que debían cumplimentar los médicos, farmacéuticos y veterinarios diplomados en la universidad para incorporarse a la sanidad del Ejército (Figueroa Alcorta, 1908). Debían presentar el formulario “Solicitud de Ingreso al Cuerpo de Sanidad Militar” –con la documentación probatoria requerida en forma anexa- y someterse a un examen de conocimientos médicos y militares.¹⁶ El formulario incluía datos relativos al nombre del postulante, profesión, edad, estado civil y domicilio; se adjuntaba un certificado de aptitud física

expedido por la Comisión de Reconocimientos Médicos del Ejército (si residía en la Capital Federal) o del jefe del servicio Sanitario de la Región Militar (si residía en el interior del país); el título profesional expedido por la Facultad de Medicina o revalidado por esta si se trataba del título de una casa de estudios extranjera; la libreta de enrolamiento si era argentino o la carta de ciudadanía si era extranjero; títulos, nombramientos o menciones honoríficas sobre su actuación profesional. Los postulantes debían poseer aptitudes morales adecuadas para su desempeño como oficiales del Ejército -no especificándose cuáles eran los contenidos o comportamientos positivamente o negativamente ponderados para establecer una evaluación moral-. A su vez, el Ministerio de Guerra fijaba una fecha para sustanciación de los exámenes de conocimientos médicos y militares de acuerdo con un programa elaborado por la Inspección General de Sanidad y dado a conocer a los postulantes (Inspección General de Sanidad, 1908a, pp.64-65). Los contenidos evaluados en dicho examen definían cuáles eran los saberes teóricos y prácticos que debían conocer quienes postulaban para ser médicos militares. Dichos contenidos estaban enfocados en aspectos de la organización y funcionamiento del Ejército en general y del cuerpo de sanidad militar en particular:

1. Reglamentos y disposiciones militares: Ley Orgánica Militar y su reglamentación. Reclutamiento. Constitución del Ejército: Ejército de Línea y sus reservas, Guardia Nacional y Guardia Territorial. Enrolamiento: condiciones y procedimientos, excepciones; Juntas de Excepciones; tasa militar; penalidades por infracción a la Ley. Jerarquías militares, antigüedad, estado militar, situación de revista, ascensos, retiros y pensiones.
2. Organización regional: Decreto estableciendo la organización regional; Regiones Militares. Asiento, constitución y facultades de los Comandos. Zonas de Brigadas. Distritos de reclutamiento y movilización. Distribución de las tropas en diferentes regiones.
3. Régimen interno de los cuerpos: Reglamento para el servicio interno de los cuerpos y reparticiones militares. Oficiales y asimilados: deberes y atribuciones. Cuadro de servicio diario. Propuestas y nombramientos. Hojas de servicios. Parte diario y mensual. Fracciones del cuerpo. Ausencias y causas de ausencias legales; licencias. Cuerpos no regimentados. Recursos y su reglamentación. Demostraciones de respeto; deberes generales; saludos; tratamiento y correspondencia. Relaciones con autoridades civiles y judiciales. Trámites y expedientes. Publicaciones. Higiene general, cuartelaria, personal, en marchas y maniobras. Calidad de la alimentación y exámenes a los artículos del rancho.
4. Reglamento de disciplina y sus penas: disposiciones generales, clasificación de las faltas, las penas y su aplicación, facultades disciplinarias, disposiciones generales sobre los castigos.
5. Organización del Servicio de Sanidad: Ley Orgánica y reglamentación. Constitución del Cuerpo de Sanidad de Ejército. Inspección General de Sanidad. Escalafón, ingreso, ascensos. Servicios Sanitarios Regionales. Parque Sanitario. Hospital Militar Central.
6. Ejecución del Servicio de Sanidad: deberes y obligaciones del personal sanitario (médicos, farmacéuticos, veterinarios, enfermeros y camilleros). Enfermería regimentaria. Personal. Entrada de enfermos. Asistencia médica. Material médico. Aprovisionamiento. Estadística.
7. Servicio de Sanidad de Campaña: Nomenclatura y objeto de las secciones de sanidad. Composición del personal. Asistencia médica en campaña. Servicio reglamentario. Movimiento. Instalación del Puesto Socorro. Posta de ambulancias. Avance, retirada o rechazo. Reglas para después del combate. Instalación y transporte de heridos.
8. Hospitales de campo: Objeto, número y colocación; dependencias. Servicio en las marchas, en el campamento y durante el combate. Organización de líneas de evacuación. Transporte por caminos-carreteras, ferrocarril y transporte de agua. Hospitales auxiliares. Convención de Ginebra del 22 de agosto de 1884 y Convenio adicional del 20 de octubre de 1888.
9. Material del Servicio de Sanidad del Ejército: Medicamentos. Desinfectante. Útiles de farmacia. Instrumentos de cirugía. Materiales de curación hospitalario y de campaña. Bolsas de curaciones de

enfermeros y camilleros. Mochila botiquín y alforjas botiquín. Carpas del servicio reglamentario (tortoise, letrinas y para cirujano). Carro reglamentario. Ambulancia (divisionaria, de caballería y de cuerpo de Ejército).

10. Higiene Militar: Alimentación del soldado (racionamiento ordinario y de campaña). Examen de los alimentos (procedimiento ordinario y de laboratorio); bebidas alimenticias de uso común de la tropa. Examen de aguas (procedimientos químicos y bacteriológicos); provisión de aguas (médicos de purificación y conservación). Vestuario (según funciones militares y climas); calzado (según funciones y arma); cubre-cabezas (kepiz, casco, gorra). Habitaciones del soldado, cuadras y cuarteles (ventilación, cubaje de aire, iluminación, calefacción, pisos, desagües). Carpas. Habitaciones improvisadas (barracas, ramadas). Ejercicios físicos (influencia en el desarrollo del soldado). Entrenamiento. Accidentes frecuentes en marchas y en equitación y los medios para evitarlos.
11. Profilaxis y desinfección: reglas generales y aparatos de desinfección.
12. Enseñanza de la Escuela de Camillero Militar: Reclutamiento, funciones, aptitudes requeridas y equipo. Camilleros de cuerpo de Ejército y de ambulancia. Instrucción sobre uso y aplicación de paquetes individuales de curación. Instrucción sobre transporte de heridos en distintas circunstancias. Instrucción de primeros auxilios.
13. Enseñanza de la Escuela de Enfermero Militar: Reclutamiento, funciones, aptitudes requeridas y equipo. Instrucción. Reglas generales de asepsia y antisepsia, vendajes y aparatos de fractura, revulsión cutánea e inyecciones hipodérmicas.
14. Aptitud física del soldado (para médicos militares): Condiciones de admisión; causas transitorias y permanentes de las excepciones al servicio; procedimientos para la realización del reconocimiento médico militar (Inspección General de Sanidad, 1908b, pp.114-119).

El 14 de enero de 1910 se introdujeron especificaciones para el ingreso al cuerpo de sanidad: 1) ser mayores de 22 años y menores de 32 años; 2) asumir un compromiso de servicio de al menos tres años desde el egreso de la Escuela y, en caso de no cumplirlo, reintegrar sueldos y asignaciones recibidas en los estudios; 3) ser externos (no estaba incorporados a un régimen de residencia como internados en la Escuela o el Hospital) y gozar de rango y sueldo correspondiente al primer escalafón de su clase desde su ingreso a la Escuela (cirujano de cuerpo, farmacéutico de segunda clase o veterinario de cuerpo); 4) y prestarían servicios en destinos con tropa en Capital Federal, Campo de Mayo y Liniers durante sus estudios (Inspección General de Sanidad, 1910a, pp.94-97).

En 1927, se reglamentaron nuevamente los requisitos de ingreso para los profesionales titulados que querían ingresar al cuerpo de sanidad del Ejército.¹⁷ Las postulaciones debían efectuarse entre el 1º de enero y el 30 de septiembre de cada año y los candidatos debían ser argentinos, menores de 32 años, diplomados como doctor en medicina, farmacéutico o dentista en una universidad nacional, haber cumplido con el servicio militar obligatorio o prestado servicios militares en el Ejército o la Armada por nueve meses como mínimo en condición de soldado, cadete o suboficial y, por último, “acreditar antecedentes intachables de moralidad y buena conducta, mediante presentación de cédula de identidad de la policía o certificado de la misma” (Dirección General de Sanidad, 1927, p.376).¹⁸ En el mes de octubre la Dirección General de Sanidad tomaba un examen a los postulantes sobre temas de sanidad militar y de organización, funcionamiento y legislación del Ejército.¹⁹ Los candidatos también debían aprobar el examen médico ante la Junta Superior de Reconocimientos Médicos. El orden de mérito se elaboraba con arreglo a las calificaciones obtenidas en el examen de contenidos más el puntaje por las bonificaciones otorgadas por titulaciones superiores a las exigidas para el ingreso –era el caso de los doctores en farmacia y en odontología- o por reconocimiento de prestaciones previas de servicios en el Ejército o la Armada -como médicos, practicantes, voluntarios, soldados conscriptos o como oficiales de reserva-. La incorporación de los nuevos oficiales se cumplía conforme se liberaban cargos

o cuando se creaban nuevas vacantes. Su nombramiento se producía durante los tres primeros años como cirujano de cuerpo “en comisión”, es decir, en forma transitoria y recién al cumplirse un trienio quedaban incorporados en forma efectiva y permanente. En esos tres años debían aprobar una prueba de contenidos sobre sanidad militar –a cargo del director general de Sanidad, dos oficiales de sanidad y un oficial de Estado Mayor de la Oficina de Movilización- y obtener calificaciones anuales positivas de sus superiores en el destino; quienes no cumplimentaban estos requisitos eran dados de baja del servicio (Dirección General de Sanidad, 1927, pp.375-377).

LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LOS OFICIALES DE SANIDAD ASIMILADOS

En 1908 se estableció que los oficiales de sanidad debían elaborar un informe anual sobre un repertorio de temas definidos por la Inspección General de Sanidad con el objetivo de fomentar el estudio y actualización profesional entre el personal del cuerpo. El decreto preveía que la Inspección publicaría aquellos que considerara relevantes e incorporaría cada informe al Legajo Personal de cada oficial de sanidad para su ponderación por el Tribunal del Clasificaciónes del Ejército cuando fueran propuestos para el ascenso al grado superior (Inspección General de Sanidad, 1908a, p.65). La abundante publicación de artículos en los *Anales/Boletín/Revista de la Sanidad Militar* producidos por médicos, farmacéuticos y dentistas del cuerpo de sanidad, si bien no prueba que todos los oficiales cumplimentaran este requerimiento, sí es una muestra elocuente de que muchos lo hicieron satisfactoriamente. Los temas aprobados el 30 de junio de 1908 fueron:

- Tema I para cirujanos de cuerpo: personal, material y funcionamiento del puesto de socorro según las reglas impuestas en las últimas grandes guerras.
- Tema II para cirujanos de regimiento: medios y reglas de desinfección que deben emplearse en las tropas en guarniciones, campamentos y marchas; desinfección individual y de locales.
- Tema III para cirujanos de brigada: reglas y procedimientos para el examen de la aptitud física del soldado.
- Tema IV para cirujanos de división: alimentación de tropas en campaña en los diversos climas del país.
- Tema V para veterinarios de todos los grados: medios prácticos y eficaces de desinfección de establos y caballerizas.
- Tema VI para farmacéuticos de todos los grados: el material farmacéutico de campaña (Inspección General de Sanidad, 1908b, p.139-140).

Los conocimientos de interés en la formación académica, en la investigación y el desarrollo profesional de los oficiales de sanidad se reconocen también en la propuesta de temas presentada por el inspector general de Sanidad del Ejército, Francisco de Veyga, para la Sección de Higiene Militar, Naval y Marítima Internacional del Congreso Internacional Americano de Medicina e Higiene celebrado en Buenos Aires en 1910 con motivo del Centenario de la Independencia de la Argentina. Los temas de Higiene Militar en el Ejército eran: 1) Provisión, purificación y conservación de agua de consumo para tropas terrestres en campaña. 2) Profilaxis de enfermedades infecto contagiosas en tropas y expediciones terrestres. 3) Alimentación de tropas expedicionarias terrestres en diversos climas de América. 4) Desinfección individual y de locales en tiempos de paz y de guerra. 5) Tratamiento biológico de excreta en campamentos y demás agrupaciones militares. 6) Accidentes inmediatos en marchas militares y medios para evitarlos. 7) Cuartel modelo según diversos climas y acorde con las exigencias de la higiene militar. 8) Influencia del servicio militar sobre la salud física y mental del soldado. 9) Trastornos y enfermedades de origen alimentario en tropas de mar y de tierra y medios para evitarlos. 10) Procedimientos prácticos de destrucción de ratas e insectos nocivos al hombre (Inspección General de Sanidad, 1908c, pp.217-218).²⁰

Estos saberes teóricos y prácticos –con excepción de aquellos referidos a la sanidad en los territorios de otros países de América- eran materia de atención de los médicos militares argentinos, pues debían ocuparse de la salud del personal militar –oficiales, sargentos, cabos y soldados- en los regimientos e institutos educativos, en el Hospital Militar Central y en los Hospitales Divisionarios en tiempos de paz. Esto implicaba prever y atender las enfermedades que el personal –y en el caso de los hospitales también de sus familias- adquiriría en los medios civiles (venéreas, paludismo, tuberculosis, entre otras) y enfermedades, traumatismos y afecciones producidas en el cuartel o en campaña en cumplimiento del servicio. Asimismo, en los Distritos Militares los oficiales médicos hacían el reconocimiento de los ciudadanos convocados para cumplir con el servicio militar obligatorio y determinaban quiénes estaban aptos o condiciones psico-físicas para efectuar esa prestación y quiénes debían ser exceptuados.²¹ Por último, en tiempos de guerra estaba previsto que garantizaran la higiene en campaña, atiendan enfermedades y curen heridas ocurridas en las marchas y en combate. Considerando este amplio repertorio de saberes teóricos y prácticos de la sanidad militar, veremos cuál era el perfil profesional definido por los oficiales médicos argentinos en relación con las funciones que, previsiblemente, cumplirían en tiempos de guerra.

PERFIL PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS MILITARES EN TIEMPOS DE GUERRA

En la conferencia inaugural del curso de “Cirugía de Guerra” de 1903, el cirujano de división Nicómedes Antelo consideraba que la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar reemplazó la educación que hasta entonces se daban los oficiales de sanidad en base al “trabajo personal y privado unido a la experiencia diaria” (Antelo, 1903, p.936). Como se ha dicho, la Escuela debía formar a los futuros oficiales médicos no sólo en conocimientos teóricos y prácticos de la sanidad militar, sino en aptitudes militares de mando y administrativas necesarias para afrontar los desafíos de una profesión desarrollada en tiempos de paz en unidades operativas, institutos, comandos, distritos militares, hospitales militares o en campañas en el terreno- y en tiempos de guerra en el campo de batalla y sus inmediaciones. Por ende, el médico militar debía prepararse para adecuar los conocimientos adquiridos en el medio académico a las exigencias prácticas de la táctica y técnica de las operaciones militares en la guerra. De acuerdo con Antelo:

“Hay que pensar que más tarde o más temprano, la escena especial en que va a actuar con toda la intensidad de su inteligencia y de su energía es el campo de batalla o generalizando, si ustedes lo prefieren, el teatro de la guerra. El objetivo único, exclusivo de una fuerza armada de un país debe ser ese: el de prepararse a combatir con los elementos y métodos que la ciencia moderna le proporciona. El fin que debe perseguir también la Sanidad Militar con empeño y al que deben converger todos sus esfuerzos es el de estar en condiciones de dar socorro oportuno y adecuado al combatiente que cae herido en la lucha. Y si es cierto que su influencia se hace sentir durante la paz y que la cirugía [sic] y la higiene actúan diariamente en la esfera de su jurisdicción, no debe olvidarse que el ejército es un instrumento para hacer la guerra y que su existencia en la paz sólo se concibe por la posibilidad de la guerra, por más remota que ella sea [...] Así pues, el trabajo en la tranquilidad fecunda de la paz tiene por objeto la preparación para la guerra” (Antelo, 1903, pp.937-938).

Por tal motivo, Antelo sostenía que un médico militar debía ser preparado por el cuerpo de sanidad para poner en práctica sus conocimientos en medio de las incertezas y contingencias mortales del combate, es decir, no solo conforme a las exigencias cotidianas de la vida del cuartel, el instituto educativo, el hospital o acompañando a su unidad en campaña en tiempo de paz:

“Es por eso que la cirugía de guerra es una cirugía de urgencia. El criterio clínico para apreciar justamente las lesiones observadas debe estar madurado desde antes y tener los caracteres de rapidez y precisión, exigidos de las circunstancias premiosas del combate. El herido necesita un cuidado inmediato, ser levantado, transportado, evacuado, curado, según las lesiones que ofrezca. Y la decisión a instituirse se desprende directamente del diagnóstico, del diagnóstico sobre el terreno, que no admite aplazamiento ni deja intervenir las deducciones de la reflexión reposada, ni espera la consulta con el colega o con el libro. De ese diagnóstico depende la suerte del herido tanto como del carácter de la primera curación o intervención quirúrgica [...] Recordad, por otra parte que el medio ambiente no es el más a propósito para la serenidad del juicio y para el desenvolvimiento normal del raciocinio. El puesto socorro, el relevo de ambulancia, la ambulancia misma, están en la zona útil o eficaz de

los proyectiles de fusil o de cañón y es allí, en medio del cuadro desolador de los combatientes que caen por centenares, de los ayes [lamentos] sin consuelo, del estruendo atronador de millares de bocas de fuego, en medio de esa mezcla de vértigo homicida y de nobleza de impulsos, de sed de sangre y de abnegación patriótica, es allí donde el cirujano militar debe acallar los estímulos de su ardor pasional, permanecer como indiferente a la lucha y al estrago para proceder con entera libertad de criterio al socorro de las víctimas” (Antelo, 1903, pp.939-940).

¿Cómo se preparaba entonces a un médico militar para que pudiera prestar sus servicios en el campo de batalla? La respuesta era: por medio de la instrucción y el adiestramiento sistemático en tiempos de paz, no solo en el hospital militar, sino también en el cuartel y en campaña con la unidad operativa en la que estaba destinado e integrado. Por tal motivo –continuaba Antelo- el saber teórico y práctico del médico militar:

“[...] debe ser sólido y abundante y tan seguro, que las circunstancias del combate, aun en medio de los trastornos inherentes a su desarrollo, no sean susceptibles de alterar la claridad oportuna de sus aplicaciones; y por eso también el hábito de los simulacros en el programa de sus trabajos [...] La repetición y la costumbre, en este como en otros casos, disminuyen la reacción emotiva, deduciéndose en consecuencia la utilidad del fogeo de las tropas, de los jefes y oficiales y de los miembros de la sanidad militar, que pueden descartar así, poco a poco, esa causa de tensión y de alteración nerviosa, fatal e inevitable en los comienzos” (Antelo, 1903, p.941).

En línea con esto argumentado por Antelo, el cirujano de cuerpo Carlos Rabellini Pizarro (1928) sostenía que para que el servicio de sanidad prestara adecuadas funciones en tiempos de guerra, su personal permanente y personal de reserva debía estar instruido y adiestrado en tiempos de paz con arreglo a lo dispuesto por el *Reglamento de servicio sanitario en tiempo de guerra* de 1913. La organización del personal en tiempo de guerra se conformaba en base a una división de ejército. Esa división poseía una organización que comprendía, por un lado, un inspector general y un cirujano de división o jefe del servicio sanitario adscrito en el Estado Mayor. Por otro lado, oficiales del cuerpo de sanidad destinados en los hospitales de campaña y en el servicio de transporte de heridos. Y, por último, cirujanos de regimiento y cirujanos de cuerpo –personal permanente y de reserva- que acompañaban y asistían en el campo de batalla a las tropas de las unidades de combate. Los médicos militares, pues, se integraban a la organización del Ejército en todos los escalones de la cadena de mando desde el nivel estratégico hasta el táctico.

A su vez, dando cuenta del perfil profesional del médico militar que requería el Ejército en tiempos de guerra, el cirujano de regimiento Carlos P. Berri analizaba en 1922 cómo debía ser su preparación en tiempos de paz y cuál la dotación de materiales sanitarios básica en tiempos de guerra atendiendo a las lecciones aprendidas por los servicios de sanidad de los ejércitos en la Gran Guerra de 1914-1918. Decía que, por un lado, la formación, instrucción y adiestramiento de los médicos militares debía reunir: a) preparación médica general universitaria; b) preparación especializada en diversas ramas de la medicina enseñada en la universidad; c) preparación técnica en medicina militar impartida en la Escuela de Aplicación; d) preparación militar directiva y preparación militar ejecutiva adquiridas en el Ejército; e) y preparación física para ejercer la profesión en campaña y en combate obtenida por medio de la instrucción y el adiestramiento sistemático como soldado en las unidades militares (Berri, 1922, pp. 300-301). ¿A qué se refería cuando decía que un oficial de sanidad debía contar preparación militar directiva y preparación militar ejecutiva? La preparación directiva era aquella que desempeñaba como jefe del servicio sanitario de la división, asesor del comando en lo técnico y en las medidas del servicio, ejecutor en la marcha y en el campo de batalla. Por ello:

“Las condiciones de asesor del comando imponen un conocimiento a fondo de la organización del servicio y un criterio táctico desarrollado, en la medida, que se pueda esperar que el jefe o subjefe de estado mayor que debe tener la vigilancia del servicio, no hable a un lego en cuestiones de milicia; también debe tenerse, en cierto grado, condiciones naturales de organizador. Sería un error pensar que las condiciones antes enumeradas son exigibles solamente al jefe del servicio y no a todos los cirujanos colaboradores, es decir, a los que prestan servicios en el cuartel general; al igual que se exige a todos los oficiales de un comando de división haber cursado por lo menos la Escuela Superior de Guerra, se impone que todos los cirujanos de dicho comando hayan hecho un aprendizaje práctico en la jefatura del servicio sanitario de una división en tiempo de paz. Es bueno tener presente que para tener tal práctica se necesita indefectiblemente hacer vida militar o sea participar en los trabajos tácticos, temas y excursiones, sobre todo en los viajes de estado mayor y en maniobras. Esta

participación debe ser real, efectiva, queremos significar que el cirujano no toma parte en estos trabajos prácticos como facultativo –esto es accesorio- sino como oficial del comando” (Berri, 1922, p.303).

En tanto que, la preparación militar ejecutiva comprendía las funciones del médico militar en las marchas y en el combate de una unidad operativa. De modo que:

“[...] el cirujano jefe de servicio de una unidad sólo podrá atender correctamente sus tareas, si conoce bien la forma de combatir de la misma, si la carta y el terreno le son familiares, si es capaz de buscar en éste el lugar apropiado para el refugio de heridos, puesto socorro, etc. El siguiente caso, que no es excepcional, muestra cuán grande es el valor de dicha preparación: Si empeñado un combate y el comandante desea interrumpirlo y aprovechar la noche para retirarse: heridos evacuables, etc. deben ser retirados. El cirujano de regimiento deberá provocar las medidas necesarias para que el puesto de socorro y refugios de heridos queden libres, deberá procurar el reemplazo de lo consumido, deberá hacer alistar al personal de camilleros para que regrese a sus unidades y al carro o carros para las marchas y en algunos casos guiar él mismo estos vehículos, durante la obscuridad, hacia los puntos fijados de antemano por el comando y no se olvide que todo esto quizá pasa bajo la actividad de la artillería enemiga, que previendo nuestra retirada obra intensivamente sobre las encrucijadas de caminos, sobre estos últimos, sobre los lugares donde nota movimientos, etc.” (Berri, 1922, p. 304).

Ahora bien, considerando las funciones de los oficiales de sanidad en tiempos de guerra, Antelo se preguntaba ¿con cuántos médicos militares debían contar una división de infantería para atender a los heridos en combate conforme a los estándares internacionales reconocidos por los ejércitos europeos de la época? De acuerdo con las experiencias bélicas de esos ejércitos hasta 1903 debía estimarse en promedio un 18% de bajas en combate, por ejemplo, unos 2.700 heridos en una división de infantería de 15.000 hombres. Sobre esa estimación, las capacidades del servicio de sanidad debían organizarse para asegurar el levantamiento, curación, evacuación rápida del campo de batalla y hospitalización de esos heridos. También cabía estimar que un cuarto del total de heridos –unos 675 hombres- tendrían heridas de gravedad y tres cuartos –unos 2.025- heridas relativamente ligeras; que la mitad de los heridos –unos 1.350- deberían ser transportados y la otra mitad podrán hacerlo por sus propios medios. Entonces, si una división de infantería contaba con 18 médicos, cada uno de ellos atendería –con el auxilio de camilleros y enfermeros- unos 190 hombres del total de 2.700 heridos estimado (Antelo, 1903, pp. 941-942). ¿Cómo debía optimizarse el empleo de esos médicos para curar los heridos? Antelo sostenía que los reglamentos del ejército de Francia hacían el siguiente cálculo: un oficial médico debía dedicar 15 minutos por herido para practicar una curación, englobando en promedio curaciones simples y complicadas. En tanto que los del ejército de Alemania estimaban 5 minutos destinados a heridos leves y 20 minutos a los de mayor gravedad, es decir, un promedio de 12 o 13 curaciones por hora. Pero había algo más que calcular: si el ejército propio vencía en el campo de batalla, su personal de sanidad también debería proporcionar atención médica a los heridos de enemigo (Antelo, 1903, p. 942).

Por último ¿cuántos médicos militares requeriría el Ejército Argentino en tiempos de guerra? Carlos P. Berri consideraba que si una división de ejército debía contar idealmente con unos 95 oficiales médicos para un ejército de 120.000 combatientes conformado por varias divisiones en tiempo de guerra, se precisarían seis veces más médicos, es decir, un total de 570. Berri estimaba que en la Argentina de 1922 no sería imposible reclutar y movilizar esa cantidad de médicos en tiempos de guerra, si se recurría a aquellos formados exclusivamente en la universidad y con experiencia profesional solo en medios civiles. Por el contrario, resultaba imposible reunir una cantidad similar de oficiales médicos con saberes y experiencias militares. Por tal motivo, era necesario prever y organizar una reserva de médicos civiles que, en caso de ser convocados a prestar servicios en el Ejército en tiempo de guerra, tuvieran una instrucción y adiestramiento mínimo como para poder montar a caballo, soportar largas y fatigosas marchas, reconocer lugares sanitariamente adecuados para emplazar su unidad, examinar la calidad de las fuentes de agua disponibles, curar heridos y atender enfermos en el curso de la marcha con la sola ayuda de un enfermero de batallón y dos enfermeros de compañía.²² Ahora bien, esos médicos de la reserva –en este caso, médicos civiles movilizados- no estarían en condiciones de asesorar al Estado Mayor de un comando divisionario –en el nivel estratégico- y ni atender a los heridos de una unidad en pleno combate en el campo de batalla –en el nivel táctico-. Es por esto que –

Berri concluía- el Ejército necesitaba contar con unos 270 médicos militares en actividad –una cantidad que, como se ha dicho más arriba, estaba muy por encima de los 95 oficiales médicos disponibles en 1920 o de los 130 que tenía el cuerpo de sanidad en 1930. De allí que, los médicos civiles movilizados en tiempos de guerra podrían inicialmente destinarse para la atención del tren de sanidad y el tren de subsistencia de las divisiones de ejército, pero no para los Estados Mayores o unidades de combate en el campo de batalla; en estos dos últimos casos sería preciso contar con oficiales médicos del cuadro permanente del cuerpo de sanidad.

CONCLUSIONES

La formación académica y profesional de los oficiales del cuerpo de sanidad del Ejército Argentino era el resultado de un proyecto institucional y curricular que integraba, por un lado, sus estudios sobre saberes teóricos y prácticos canónicos de medicina enseñados en la universidad y, por otro lado, sus estudios en medicina militar, táctica y técnica de la sanidad militar, y doctrina, legislación, organización y funcionamiento del Ejército impartidos en la Escuela de Aplicación en Sanidad Militar/Medicina Militar anexa al Hospital Militar Central. Tras completar por lo menos los primeros tres años de estudios universitarios, los estudiantes de medicina que postulaban para ingresar al cuerpo de sanidad, debían completar su formación en esta Escuela de Aplicación, o bien titularse en la universidad y solicitar su incorporación al Ejército –desde 1910 quienes optaron por esta última alternativa, también debían hacer estudios en esa Escuela-. De modo que, a principios del siglo XX se reconocen relaciones e intercambios epistémicos, institucionales y personales entre la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y la Escuela de Aplicación del Ejército en virtud de la circulación saberes y prácticas médicas y de profesores y estudiantes compartidos por ambas instituciones educativas. Dicho diseño institucional y curricular destinado a la formación de médicos militares permitió mejorar el sistema de reclutamiento de oficiales para el cuerpo de sanidad, aun cuando el déficit de personal de oficiales que ese cuerpo tenía desde fines del siglo XIX –agravado por la implementación de la revisión médica de los ciudadanos convocados para prestar servicio militar obligatorio desde 1901- persistió en las primeras tres décadas del siglo XX.

El perfil profesional de los médicos militares no se completaba solo adquiriendo esta formación superior asentada en esas dos instituciones, una civil y otra castrense. Los oficiales de sanidad debían perfeccionar sus conocimientos teóricos y prácticos en tiempos de paz en sus destinos militares -unidades operativas, institutos educativos militares, comandos, distritos y hospitales militares- y rendir exámenes de perfeccionamiento sobre contenidos que anualmente definía la Inspección/Dirección General de Sanidad y cuyos resultados incidían en sus carreras profesionales. Asimismo, el perfil de un médico militar no sólo suponía la adquisición de saberes y prácticas disciplinares médicas generales, específicas y militares para cumplir funciones en las organizaciones castrenses a las que eran destinados; también debían estar instruidos y adiestrados como “soldados”, disponer capacidades para asesorar a sus superiores y/o un Estado Mayor, y capacidades de mando y administrativas para conducir personal subalterno a su cargo.

Por último, si bien a principios del siglo XX el Ejército Argentino no participó de ninguna guerra convencional contra Fuerzas Armadas de otros Estados, quienes conducían el cuerpo de sanidad militar y sus oficiales tenían presente que la formación y el perfil profesional de un médico militar implicaba su preparación para actuar en el seno de una organización castrense tanto en tiempos de paz como sumido en las letales incertezas y contingencias del combate en tiempos de guerra. Ahora bien ¿En qué medida la preparación militar de los profesionales del servicio de sanidad se adecuaba a los parámetros del Ejército Argentino de la época? ¿Cómo percibían los oficiales de las armas de infantería, caballería, artillería e ingenieros la presencia de los médicos militares en la organización del Ejército en tiempos de paz? ¿Consideraban aquellos oficiales del cuerpo combatiente que los oficiales del cuerpo de sanidad tenían capacidades efectivas para desempeñar roles en las unidades operativas cuando estas fueran empeñadas en tiempos de guerra? La respuesta a estas preguntas exceden los objetivos de este trabajo, pero dejarlas

enunciadas para atenderlas en otro artículo es importante, pues advierten acerca de las tensiones existentes a principios de siglo XX al interior del Ejército entre las perspectivas y experiencias de los oficiales del cuerpo combatiente y las de los oficiales “asimilados” de sanidad y de otros servicios.

REFERENCIAS

- Acuña, P. I. (1924). Instrucción y administración sanitaria militar. *Revista de la Sanidad Militar*, XXIII (3), 110-141.
- Aisenstein, A. y Scharagrodsky, P. (2006). *Tras las huellas de la educación física escolar argentina. Cuerpo, género y pedagogía. 1880-1950*. Buenos Aires: Prometeo.
- Álvarez, A. (2010). *Entre muerte y mosquitos. El regreso de las plagas en la Argentina (siglos XIX y XX)*. Buenos Aires: Biblos.
- Álvarez, A. y Di Liscia, M. S. (2020). Entre pujas y facciones: la Cruz Roja Argentina (1864-1914). *Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana Dr. Emilio Ravignani*, 52, 65-88.
- Antelo, N. (1903). Conferencia Inaugural del Curso de Cirujía de Guerra de la Escuela de Sanidad Militar. *Anales de Sanidad Militar*, V (10), 935-952.
- Avellaneda, A. (2017a). Racionalidad militar e ingreso voluntario al Ejército a fines del siglo XIX. Ideas, sueños e hipótesis de una batalla perdida. *Estudios Sociales del Estado*, 3, 124-156.
- Avellaneda, A. (2017b). El ciudadano de las barracas. Genealogía del servicio militar como problema y preocupación de los cuadros militares argentinos en la esquina de los siglos XIX y XX. *Coordenadas. Revista de historia local y regional*, IV (1), 57-86.
- Avellaneda, A. (2019). Mundo militar y gobierno a distancia. Redes para el enrolamiento y sorteo militar de los jóvenes entre 1880 y 1910. *Pasado Abierto*, 10, 205-241.
- Berri, C. P. (1922). Rendimiento del servicio sanitario argentino en la zona de operaciones durante las marchas y el estacionamiento. *Revista de la Sanidad Militar*, XXI (2), 283-339.
- Bertoni, L. A. (2001). *Patriotas, cosmopolitas y nacionalistas. La construcción de la nacionalidad argentina fines del siglo XIX*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Biernat, C.; Cerdá, J. M. y Ramacciotti, K. (dirs) (2015). *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Buschini, J. y Zabala, J. P. (2015). La medicina experimental en la Argentina durante la primera mitad del siglo XX: las trayectorias de Ángel Roffo, Salvador Mazza y Bernardo Houssay. *Revista Brasileira de História da Ciência*, 8 (1), 22-38.
- Cornut, H. (2018). *Pensamiento militar en el Ejército Argentino. 1920-1930. La profesionalización, causas y consecuencias*. Buenos Aires: Argentinidad.
- Dalla Fontana, L. (2019). La Gran Guerra y los escritores militares argentinos. En: M. I. Tato, A. P. Pires y L. E. Dalla Fontana (coords.), *Guerras del siglo XX. Experiencias y representaciones en perspectiva global* (45-62). Rosario: Prohistoria.
- Dalla-Corte Caballero, G. y De Marco (h), M. A. (2014). *Carlos de Sanctis. Salud, guerra y fraternidad*. Rosario: Prohistoria.
- De Marco, M. A. (1998). *La Guerra del Paraguay*. Buenos Aires: Planeta.
- Dick, E. (2014). *La profesionalización en el Ejército Argentino (1899-1914)*. Buenos Aires: Academia Nacional de Historia.
- Di Liscia, M. S. y Álvarez, A. (2019). La Cruz Roja, el panamericanismo y la salud en el período de entreguerras. *Salud Colectiva*, 15, 1-19. <https://10.18294/sc.2019.2116>,
- Di Liscia, M. S. y Soprano, G. (2017). “Entre espacios grises y aristas brillantes: la categoría burocracia estatal y el estudio de los sistemas de administración pública en la Argentina”. En: M.S. Di Liscia y G. Soprano (Eds.), *Burocracias estatales: Problemas, enfoques y estudios de caso en la Argentina (entre fines del siglo XIX y XX)* (pp.9-42). Rosario: Universidad Nacional de La Pampa/Prohistoria.

- Dirección General de Sanidad (1938). Ley N°2377 - 1888 - 18 de octubre de 1938. Organización del Cuerpo de Sanidad del Ejército y la Armada a través de cincuenta años. *Revista de la Sanidad Militar*, XXVI (10), 859-863.
- Ejército Argentino (1972) (tomo II). *Reseña histórica y orgánica del Ejército Argentino*. Buenos Aires: Círculo Militar.
- Figuroa Alcorta, J. (1908). Decreto reglamentario Ley N°2377 Orgánica del Cuerpo de Sanidad del Ejército y la Armada. 11 de mayo de 1908. *Boletín de Sanidad Militar*, 7, 64-65.
- Fiquepron, M. (2020). *Morir en las grandes pestes. Las epidemias de cólera y fiebre amarilla en la Buenos Aires del siglo XIX*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- García Molina, F. (2010). *La prehistoria del poder militar en la Argentina: la profesionalización del modelo alemán y la decadencia del régimen oligárquico*. Buenos Aires: Eudeba.
- Gasió G. (2012). *El vínculo de unión: Ejército, Policía y Pueblo en los orígenes del Peronismo*. Buenos Aires: Teseo.
- González Leandri, R (1999). *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires. 1852-1886*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Inspección General de Sanidad (1903a). Boletín Militar Núm. 126. *Anales de Sanidad Militar*, V (7), 673-674.
- Inspección General de Sanidad (1903b). Programa de Medicina Legal y Legislación Militar de la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar del Ejército. *Anales de Sanidad Militar*, V (8), 779-782.
- Inspección General de Sanidad (1903c). Cuerpo de Sanidad Militar del Ejército. *Anales de Sanidad Militar*, V (11), 1152-1155.
- Inspección General de Sanidad (1903d). Boletín Militar Núm. 246. *Anales de Sanidad Militar*, V (12), 243-245.
- Inspección General de Sanidad (1908a). Decretos y resoluciones. Ingreso al Cuerpo de Sanidad Militar. *Boletín de Sanidad Militar*, VII (1), 64-69.
- Inspección General de Sanidad (1908b). Las nuevas condiciones de ingreso al Cuerpo de Sanidad del Ejército. *Boletín de Sanidad Militar*, VII (2), 114-119.
- Inspección General de Sanidad (1908c). Crónica. *Boletín de Sanidad Militar*, VII (3), 217-218.
- Inspección General de Sanidad (1908d). Crónica. *Boletín de Sanidad Militar*, VII (4), 304-305.
- Inspección General de Sanidad (1908e). Crónica. *Boletín de Sanidad Militar*, VII (10), 399-400.
- Inspección General de Sanidad (1909a). Crónica. *Boletín de Sanidad Militar*, VIII (7), 369-370.
- Inspección General de Sanidad (1909b). Congreso Internacional Americano de Medicina e Higiene de 1910. *Boletín de Sanidad Militar*, VIII (11), 515-517.
- Inspección General de Sanidad (1910a). Decretos y resoluciones. *Boletín de Sanidad Militar*, IX (2), 94-97.
- Inspección General de Sanidad (1910b). Decretos y resoluciones. *Boletín de Sanidad Militar*, IX (7), 622-623.
- Levoratti, A. y Roldán, D. (2019). Los batallones escolares de la patria. Estudios comparados de las representaciones sobre el cuerpo y el entrenamiento de los maestros de esgrima del centenario en la República Argentina. *Revista História da Educação*, 23, 1-31. <http://doi.org/10.1590/2236-3459/88977>
- Pasqualini, R. (1999). *En busca de la medicina perdida*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.
- Pérgola, F. (2014). *Historia de la medicina argentina. Desde la época de la dominación hispánica hasta la actualidad*. Buenos Aires: Eudeba.
- Quinterno, H. (2014). *Fuego amigo. El ejército y el poder presidencial en Argentina (1880-1912)*. Buenos Aires: Teseo.
- Rabellini Pizarro, C. (1928). Cirujano militar en campaña (aptitudes necesarias). *Revista de la Sanidad Militar*, XXVII (4), 391-411.
- Raiter, B. (2015). "Que cada ciudadano sea un buen tirador". Ciudadanía y nación a través de los editoriales del Tiro Nacional Argentino. *PolHis*, 8 (15), 48-65.
- Ramacciotti, K. (2009). *La política sanitaria del peronismo*. Buenos Aires: Biblos.
- Rodríguez, L. G. y Soprano, G. (2018). "De las profesiones liberales y los intelectuales contra el Estado, al estudio de los profesionales e intelectuales de Estado". En: L. G. Rodríguez y G. Soprano (Eds), *Profesionales e intelectuales de Estado. Análisis de perfiles y trayectorias en la salud pública, la educación y las fuerzas armadas* (pp.9-68). Rosario: Prohistoria.

- Rodríguez, M. L.; Carbonetti, A.; Rivero, M. D. y Fantín, M. A. (2018). Ocupaciones de la salud en el territorio argentino: perspectivas a partir de los censos nacionales de 1869, 1895 y 1914. *Población & Sociedad*, 25 (1), 75-101.
- Simonetto, P. (2019). Perón y las visitadoras: masculinidad, consumo sexual y resistencias militares a la abolición de la prostitución reglamentada, Argentina, 1936-1955. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, 26 (2), 427-443.
- Soprano, G. (2014). "Agencias estatales y procesos de configuración profesional". En: C. Biernat y K. Ramacciotti (Ed.), *Historia de la salud y la enfermedad. Bajo la lupa de las ciencias sociales* (pp.103-116). Buenos Aires: Biblos.
- Soprano, G. (2019a). El servicio de sanidad militar en el proceso de modernización, burocratización y profesionalización del ejército argentino (1888-1938). *Salud Colectiva*, 15, 1-18. <https://10.18294/sc.2019.2160>.
- Soprano, G. (2019b). *La táctica de la sanidad militar en el proceso de modernización, burocratización y profesionalización del Ejército Argentino a principios del siglo XX*. Ponencia presentada en Jornada "La profesionalización de las Fuerzas Armadas Argentinas en la primera mitad del siglo XX". Buenos Aires: Academia Nacional de Historia.
- Soprano, G. (2020). Trayectorias profesionales de médicos militares en el Ejército Argentino: de la etapa fundacional a la consolidación del servicio de sanidad moderno (1888-1938). *História Unisinos* (en prensa).
- Veronelli, J. C. y Veronelli Correch, M. (2004). *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. Tomo I y II.
- Zabala, J. P. (2010). *La enfermedad de Chagas en la Argentina. Investigación científica, problemas sociales y políticas sanitarias*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

NOTAS

- 1 Para el análisis del estado del conocimiento sobre las relaciones entre la historia social de la salud y la enfermedad y la historia de la universidad, estudios sociales del Estado y de las profesiones en la Argentina, me he basado en: Soprano (2014), Di Liscia y Soprano (2017), Rodríguez y Soprano (2018).
- 2 Las experiencias de la Primera Guerra Mundial dieron lugar a análisis sobre problemáticas específicas de la sanidad militar en una "guerra de posiciones", tal como ésta se había desarrollado en los escenarios bélicos de Europa Occidental; sin embargo, los médicos militares argentinos que se ocuparon del tema evaluaron que en el territorio nacional continuaría imponiéndose la "guerra de movimientos", considerando hipótesis de conflicto vecinales, principalmente, con Chile y Brasil (Soprano, 2019b).
- 3 El reglamento provisorio y la Ley Orgánica fueron elaborados por el cirujano mayor Eleodoro Damianovich, quien fue jefe del Cuerpo de Sanidad entre 1888-1891 e Inspector General de Sanidad entre 1892-1897. La Ley Orgánica fue reglamentada en sus primeros años de aplicación el 24 de octubre de 1891 y el 11 de mayo de 1908.
- 4 En la reglamentación del ingreso al cuerpo de sanidad consultada no se especificaba que debía entenderse por "cualidades", "aptitudes" o "condiciones morales" de los postulantes. Se trataba de un contenido tácitamente reconocido por los actores castrenses de la época; si bien es probable que su definición fuera situacional, es decir, objeto de apreciaciones o evaluaciones morales no siempre coincidentes y sujetas a las posiciones diferenciales de poder de los actores sociales involucrados en determinadas circunstancias.
- 5 Según datos consignados por Pégola, los médicos titulados de la casa de estudios porteña fueron 60 entre 1827 y 1834, 168 entre 1835 y 1851 y 125 entre 1852 y 1873. Cabe recordar que la Escuela de Medicina estuvo separada de la Universidad de Buenos Aires entre 1852 y 1873 cuando dependió del Estado de la provincia de Buenos Aires; esa situación fue revertida en 1874 con su reincorporación a la Universidad de Buenos Aires y desde 1875 como Facultad de Medicina. La Universidad de Buenos Aires fue nacionalizada en 1881 (Pégola, 2014, pp. 114, 117-118).
- 6 La Universidad de Córdoba se nacionalizó en 1854 y hacia 1895 –dieciocho años después de la creación de su Facultad de Medicina– se habían graduado 23 médicos (Rodríguez, Carbonetti, Rivero y Fantín, 2018, p.81).
- 7 En 1902 se organizó la primera Compañía de Camilleros. En 1904 se creó la Escuela de Enfermeros y, en 1909, la Escuela de Enfermeros y Camilleros y se elaboró un proyecto de organización, reclutamiento, instrucción y ascensos del personal sanitario subalterno del Ejército. En 1935, la Escuela de Suboficiales de Sanidad –también anexa al Hospital Militar Central– comenzó a formar a todos los suboficiales de sanidad: enfermeros, ayudantes de sanidad, ayudantes de farmacia y preparadores.
- 8 Según Pio Isaac Acuña, la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar fue refundada en dos oportunidades: el 14 de enero de 1910 –con el nombre de Escuela de Aplicación de Medicina Militar– y el 29 de abril de 1916 (Acuña, 1924, p.121).

- 9 Las mesas examinadoras de la Escuela ese año quedaron integradas por médicos civiles y militares: Patología militar por el doctor Luis Güemes, el cirujano de división doctor Ramón Giménez y el cirujano de cuerpo doctor Enrique Corbellini; Cirugía de guerra por el doctor Máximo Castro, el cirujano de división doctor Nicómedes Antelo y el cirujano de cuerpo doctor Corbellini; Higiene militar por el doctor Julio Méndez, el cirujano de ejército doctor José María Cabezón y el cirujano de división doctor Enrique Pietranera; Medicina operatoria por el doctor Leandro Valle, el cirujano de división doctor Antelo, el cirujano de regimiento doctor Julián Massot y el cirujano de cuerpo doctor Corbellini; Medicina Legal y Legislación Militar por el doctor Domingo Cabred, el cirujano de ejército doctor Pacífico Díaz, el cirujano de regimiento doctor Pedro G. Rivero y el farmacéutico de ejército doctor Francisco P. Lavalle; Farmacología por el doctor Manuel Irizar, el farmacéutico inspector Gaspar Baumann y el farmacéutico de ejército Pedro J. Ibarra; e Hipología superior: el veterinario inspector doctor Jorge Kreyenbiel y los veterinarios de 2° clase doctores Pedro B. García y León F. Villamonte.
- 10 El tribunal estuvo conformado por los médicos militares Francisco de Veyga, Pastor Lacasa, Benjamín Pérez Avendaño, Francisco Ramírez y Javier Ponce de León.
- 11 El tribunal estaba integrado por el cirujano de ejército Isidoro Lobo, los cirujanos de regimiento doctores Domingo S. Cavia, Francisco Ramírez, Luis Cavilliotti y Eduardo Recabarren.
- 12 El tribunal se constituyó con el cirujano de ejército Nicómedes Antelo, el cirujano de brigada Benjamín Pérez Avendaño, los cirujanos de regimiento Domingo S. Cavia, Francisco Ramírez, Luis Cavilliotti, Juan Bonorino Cuenca y Pedro Barbieri.
- 13 La resolución del mencionado sumario fue comunicada en el Boletín Militar N°126, que publicó el decreto del presidente Julio Argentino Roca del 27 de junio de 1903 por el cual el estudiante Rivademar fue expulsado de la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar por ser improcedente su denuncia de que no se le había provisto materiales de estudio ni abonado los derechos universitarios. El decreto señalaba, además, esas falsas denuncias debían reprimirse severamente porque dañaban la disciplina en la Escuela.
- 14 Los contenidos teóricos y prácticos enseñados en Medicina Legal y Legislación Militar eran los siguientes. Medicina Legal: 1) Elementos que componen el Ejército. Ley N°4.031 de Servicio Militar Obligatorio: contingentes de conscriptos, clases, edad y forma de incorporación al Ejército, duración de sus servicios en el Ejército y en la Armada, permuta de servicios, reglamentación. Reservas del Ejército de Línea: composición, obligaciones y prerrogativas, disposiciones penales contra los infractores. 2) Guardia Nacional: organización, instrucción táctica, poderes a quien está encomendada, nombramiento de jefes y oficiales, disposiciones, academias militares, inspectores de milicias de los gobiernos provinciales y sus obligaciones. Guardia Territorial: composición y organización. 3) Enrolamiento (reglamentación): comprobación de edad, domicilio, penalidades, registro y funcionamiento. 4) Formación de las listas de reclutamiento: sorteo, composición de la Junta de Sorteo, Junta de Excepciones, tasa militar e inversión de estos fondos. 5) Aptitud Militar: reconocimiento de conscriptos y enfermedades que exceptúan del servicio militar. Legislación Militar: 1) Organización general del Ejército: Ejército de Línea, Guardia Nacional y Guardia Territorial; división territorial de la República. 2) Ministerio de Guerra: gabinete militar, administración central, Estado Mayor del Ejército, presupuesto de guerra, cuerpos e institutos militares, jerarquía militar, ley de ascensos, pensiones y retiros militares. 3) Justicia y Tribunales Militar: organización y competencias de los tribunales militares en tiempos de paz y tiempos de guerra; Consejo Supremo de Guerra y Marina; Consejo de Guerra Permanente para jefes y oficiales, para clases y tropa. Consejos de Guerra especiales para cirujanos (médicos), farmacéuticos, veterinarios, ingenieros, maquinistas o torpedistas, capellanes, empleados de administración, etc. 4) Estado civil de los militares: casamientos, pensiones (de retiro, por enfermedad, a las viudas, etc.), permisos y licencias, separación temporaria y definitiva del Ejército. 5) Servicio de Sanidad: personal de sanidad (médicos, farmacéuticos y veterinarios; cuerpo de enfermeros y camilleros); Hospital Militar Central y Hospitales Regionales (organización y dirección, funcionamiento, materiales admisiones, tratamientos de los enfermos, régimen alimenticio, salidas, defunciones, detenidos); Servicio de Sanidad de Campaña (su objeto, personal, Convención de Ginebra, sociedades de socorro); servicio de ferrocarriles, vapores, ambulancias, hospitales de evacuación, hospitales permanentes, evaluación de convalecientes, enfermerías de estaciones ferroviarias, hospitales auxiliares de campaña, provisión a las sociedades de socorro, depósitos y materiales) (Inspección General de Sanidad, 1903b, pp. 779-785).
- 15 El término “asimilados” siguió suscitando connotaciones negativas entre oficiales de las armas. Según recordó el médico Rodolfo Pasqualini (1999), en 1938 el general de división Juan Pistarini le llamó la atención por guardar una “posición poco decorosa” para un oficial en una inspección en la Guarnición Militar de Campo de Mayo.
- 16 Nuevamente se especificó que si por necesidades del servicio o causas perentorias un postulante no cumplía con el requisito del diploma o el examen de ingreso, sería dado de alta “en comisión” por un año.
- 17 Hacia 1923, además del personal de sanidad militar se incorporaban oficiales “asimilados” para el servicio de veterinaria, justicia, clero castrense, administración, gimnasia y esgrima y directores de banda de música.

- 18 Como se señalara anteriormente, el contenido de lo moralmente correcto o esperado en un oficial, no era formal y explícitamente definido en los reglamentos. Tampoco se explicitaba por qué ni en base a qué criterio la policía otorgaba ese certificado que respaldaba las aptitudes morales del postulante.
- 19 Los temas exigidos en el examen de 1927 comprendían –como años antes- dos cuestiones: conocimientos sobre la organización y funcionamiento del Ejército y sobre la sanidad militar. Los primeros estaban relacionados con el servicio interno de las organizaciones militares y las funciones que cumplían los médicos en el mismo, la legislación castrense sobre personal de cuadros y ascensos, el cuerpo de sanidad y la justicia militar. Y los segundos comprendían: 1) higiene individual del soldado; 2) higiene colectiva en las organizaciones militares; 3) condiciones de funcionamiento de las enfermerías; 4) sanidad en las plazas de armas y campos de instrucción; 5) tratamiento de los residuos en los cuarteles; 6) equipo y vestimenta del soldado; 7) alimentación del soldado; 8) enfermedades de la tropa; 9) higiene del soldado en maniobras (Dirección General de Sanidad, 1927, pp. 379-382, 393, 384-385).
- 20 El presidente de dicha Sección del Congreso fue Francisco de Veyga (inspector general de Sanidad del Ejército y profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires). El 17 de agosto de 1910, el Ministerio de Guerra autorizó a de Veyga a incorporarse como vocal al Departamento Nacional de Higiene. Participaron como miembros de esta sección: el cirujano de ejército doctor Nicómedes Antelo (jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Militar Central), el cirujano de ejército (R) doctor José María Cabezón, el cirujano de ejército (R) doctor Pacífico Díaz (jefe del servicio de enfermedades venéreo-sifilíticas del Hospital Militar Central), el cirujano de división doctor Modesto Lema Maciel (jefe del servicio sanitario de la 1° Región Militar), el cirujano de división doctor Leopoldo R. Casals (jefe del Depósito Sanitario Central), el cirujano de división doctor Pío I. Acuña (jefe del servicio sanitario de la 5° Región Militar), el cirujano de división doctor Pedro G. Rivero Antelo (jefe del Servicio Oftalmológico del Hospital Militar Central), el cirujano de brigada doctor Benjamín Pérez Avendaño (secretario de la Inspección General de Sanidad), el cirujano de brigada doctor Julio R. Garino (jefe del servicio sanitario de la Guarnición de Capital Federal y cirujano de la Escuela Superior de Guerra), el cirujano de regimiento doctor Pedro Barbieri (jefe de la Sección Estadística de la Inspección General de Sanidad) y el cirujano de regimiento doctor Alberto Levene (jefe del servicio de sanidad de la Guarnición de Campo de Mayo). En la conformación definitiva quedaron excluidos –sin especificarse ni conocerse los motivos- dos médicos designados en 1908: Martín Ruiz Moreno (jefe del servicio sanitario de la 1° Región Militar en 1908) y el cirujano de brigada doctor Pedro J. Frías (director del Hospital Regional Militar de Salta en 1908) (Inspección General de Sanidad, 1909b, pp.515-517; Inspección General del Ejército, 1908e, pp.399-400).
- 21 En cumplimiento de la tarea de reconocimientos médicos de los ciudadanos seleccionados por sorteo para cumplir con el servicio militar obligatorio, el Ejército contrataba médicos civiles por el plazo de unos meses para integrar las juntas de reconocimientos de los distritos militares donde la disponibilidad de médicos militares era insuficiente.
- 22 Para organizar la reserva de oficiales de sanidad con médicos civiles se esperaba que los estudiantes de medicina postergaran su servicio militar obligatorio –que se cumplía a los veinte años- hasta concluir sus estudios universitarios y que efectuaran esa prestación una vez egresados, no como soldados de tropa sino como médicos. Berri proponía: “Estos oficiales de sanidad harían un curso teórico breve y luego pasarían a las unidades por varios meses, de modo que su permanencia en ellas coincidiera con la época de ejercicios finales y maniobras. Ellos no irían a reemplazar al cirujano ni a manejar fusiles, sino a ponerse en contacto con las tropas, a adquirir un concepto de su forma de marchar, combatir, etc. y a desarrollar trabajos técnicos militares” (Berri, 1922, p.305). Otra alternativa era sumar a médicos civiles como oficiales de reserva en las maniobras anuales del Ejército, tal como mostraron Gabriela Dalla-Corte Caballero y Miguel Ángel De Marco (h) (2014) con la experiencia de Carlos De Sanctis en las Grandes Maniobras de 1936.