

## La formación de los suboficiales de sanidad en el proceso de modernización, burocratización y profesionalización del Ejército Argentino (1902-1935)

*The training of health non-commissioned officers in the process of modernization, bureaucratization and professionalization of the Argentine Army (1902-1935)*

Recibido  
07|07|2020

Aceptado  
14|06|2021

Publicado  
30|09|2021

**Germán Soprano**

gsoprano69@gmail.com

Instituto de Investigaciones en Historia y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de La Plata; Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina

### RESUMEN

La sanción de la Ley Orgánica del Cuerpo de Sanidad del Ejército y la Armada en 1888 señala el inicio del proceso de conformación del servicio de sanidad militar moderno en la Argentina. En el marco de ese proceso, los oficiales médicos, farmacéuticos y dentistas del Ejército comenzaron a recibir su formación complementaria de la universitaria en la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar creada 1898 -denominada desde 1910 como Escuela de Aplicación de Medicina Militar-; en tanto que los suboficiales -camilleros, enfermeros, mecánicos dentales, preparadores de farmacia y de laboratorio bioquímico- tuvieron su formación específica desde 1902 en la Compañía de Camilleros, desde 1904 en la Escuela de Enfermeros, desde 1909 en la Escuela de Enfermeros y Camilleros y desde 1935 en la Escuela de Suboficiales de Sanidad. Dichas Escuelas, no obstante, tuvieron dificultades para dar continuidad a sus proyectos institucionales. En los últimos años, la historiografía de la salud y enfermedad ha producido renovados conocimientos sobre la historia de la enfermería en el proceso de profesionalización de la sanidad pública. Sin embargo, hasta el momento los enfermeros y otros auxiliares de la sanidad militar no han sido objeto de investigaciones específicas. El presente artículo tiene por objeto el estudio de la formación de los suboficiales de sanidad en marco del proceso de modernización, burocratización y profesionalización del Ejército en las primeras décadas del siglo XX. A tal efecto, me serviré de una metodología cualitativa para el análisis de artículos e información institucional publicada en las revistas de la sanidad del Ejército entre 1899 y 1938: *Anales de Sanidad Militar*, *Boletín de Sanidad Militar* y *Revista de la Sanidad Militar*.

**Palabras clave:** Ejército Argentino; Sanidad militar; Suboficiales; Formación.

### ABSTRACT

The sanction of the Organic Law of the Army and Navy Health Corps in 1888 marks the beginning of the process of shaping the modern military health service in Argentina. As part of this process, the medical officers, pharmacists and dentists of the Army began to receive their complementary training of the university at the School of Application of Military Health created 1898 -named since 1910 as The School of Application of Military Medicine-; while non-commissioned officers - stretchers bearer, nurses, dental mechanics, pharmacy preparers and biochemical laboratory- had their specific training since 1902 at the Stretcher Bearer Company, since 1904 at the School of Nurses, since 1909 at the School of Nurses and

Stretchers Bearer and since 1935 at the School of Non-commissioned of Health. These Schools, however, faced difficulties in continuing their institutional projects. In recent years, the historiography of health and illness have produced renewed knowledge about the history of nursing in the process of professionalization of public health. However, so far nurses and other military health care assistants have not been the subject of specific research. This article aims at the study of the training of health non-commissioned officers in the context of the process of modernization, bureaucratization and professionalization of the Army in the first decades of the twentieth century. To this end, I will use a qualitative methodology for the analysis of articles and institutional information published in the Army's health journals between 1899 and 1938: *Anales de Sanidad Militar*, *Boletín de Sanidad Militar* and *Revista de la Sanidad Militar*.

**Key words:** Argentine Army; Military health; Non-commissioned officers; Training.

## INTRODUCCIÓN

La sanción de la Ley N°2377 Orgánica del Cuerpo de Sanidad del Ejército y la Armada en 1888 señala el inicio del proceso de conformación del servicio de sanidad militar moderno en la Argentina. En el marco de ese proceso, los oficiales médicos, farmacéuticos y dentistas del Ejército comenzaron a recibir su formación complementaria de la universitaria en la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar creada 1898 -denominada desde 1910 como Escuela de Aplicación de Medicina Militar- (Soprano 2021); en tanto que los suboficiales -camilleros, enfermeros, mecánicos dentales, preparadores de farmacia y de laboratorio bioquímico- tuvieron su formación específica desde 1902 en la Compañía de Camilleros, desde 1904 en la Escuela de Enfermeros, desde 1909 en la Escuela de Enfermeros y Camilleros y desde 1935 en la Escuela de Suboficiales de Sanidad. Como veremos, dichas Escuelas tuvieron dificultades para dar continuidad a sus proyectos institucionales.<sup>1</sup>

En los últimos años, la historiografía de la salud y enfermedad han producido renovados conocimientos sobre la historia de la enfermería en el proceso de profesionalización de la sanidad en la Argentina (Biernat, Cerdá y Ramacciotti 2015; Ramacciotti 2019; Ramacciotti 2020; entre otros). Sin embargo, hasta el momento, los enfermeros y otros auxiliares de la sanidad militar -en aquella época eran todos hombres- no han sido objeto de investigaciones específicas.<sup>2</sup> El presente artículo tiene por objeto el estudio de la formación de suboficiales de sanidad en marco del proceso de modernización, burocratización y profesionalización del Ejército en las primeras décadas del siglo XX (García Molina 2010; Quintero 2014; Dick 2014; Avellaneda 2017; Cornut 2018).<sup>3</sup> A tal efecto, me serviré de una metodología cualitativa para el análisis de artículos e información institucional publicada en las revistas de la sanidad del Ejército entre 1899 y 1938: *Anales de Sanidad Militar*, *Boletín de Sanidad Militar* y *Revista de la Sanidad Militar*.<sup>4</sup>

## ENFERMEROS MILITARES

El cirujano de ejército Eleodoro Damianovich elaboró el proyecto de la Ley N°2377 Orgánica del Cuerpo de Sanidad del Ejército y de la Armada, sancionada en 1888. Durante su gestión como inspector general de Sanidad produjo la primera reglamentación de dicha ley el 7 de abril de 1892.<sup>5</sup> Conforme esa reglamentación dispuso que el cuerpo de sanidad contase con suboficiales "asimilados" a las jerarquías del "cuerpo combatiente" o de las "armas" del Ejército: enfermero de 1° clase asimilado a sargento, enfermero de 2° clase a cabo y enfermero asistente a soldado (Acuña

<sup>1</sup> Las escuelas de suboficiales "combatientes" o de las "armas" (infantería, caballería, artillería e ingenieros) también encontraron dificultades para consolidar sus proyectos institucionales y curriculares. El primer antecedente de la formación de suboficiales del Ejército en un instituto castrense fue la Escuela de Cabos y Sargentos creada en 1881, pero de dicha institución egresaban solo algunos suboficiales de las "armas", pues en su mayoría éstos provenían de la tropa y su instrucción se producía en los regimientos. En 1890 aquella escuela fue suprimida y se creó la Escuela Normal de Clases de Tropa del Ejército. Esta, a su vez, fue reemplazada por la Escuela de Aplicación de Clases creada en 1902, pero en 1905 fue disuelta. En 1908 se fundó la Escuela de Clases que, desde 1916, se denominó Escuela de Suboficiales (Ejército Argentino 1972a).

<sup>2</sup> Cabe precisar que, junto con el proceso de jerarquización de la formación y la carrera de los enfermeros y otros auxiliares de sanidad militar en el Ejército, las religiosas de la congregación de las Hermanas de la Caridad Cristiana -que carecían de estado militar- prestaban asistencia a los pacientes del Hospital Militar Central durante el período objeto de este artículo.

<sup>3</sup> En la última década, la historia sobre los militares argentinos de principios del siglo XX se ha enfocado en el conocimiento de las perspectivas y experiencias de los oficiales acerca de los cambios doctrinarios, organizacionales, funcionales y en la cultura material producidos en el Ejército en esa época. De este modo, se ha promovido una comprensión de los saberes y prácticas militares tanto en su especificidad castrense o bélica como en sus relaciones con diversas dimensiones y actores de la política y la sociedad, contribuyendo así al desarrollo de una historia social y cultural de los militares y de la guerra. Esa renovación historiográfica, no obstante, hasta el momento ha prestado escasa atención a los suboficiales del "cuerpo combatiente" o de las "armas" (infantería, caballería, artillería e ingenieros) y a los oficiales y suboficiales de la sanidad militar.

<sup>4</sup> Agradezco los comentarios y sugerencias de los evaluadores anónimos designados por los editores de la Revista.

<sup>5</sup> El Cuerpo de Sanidad Militar tuvo ese nombre entre 1888 y 1891, luego se denominó Inspección General de Sanidad y desde 1916 Dirección General de Sanidad del Ejército.

1920:186). Los suboficiales enfermeros eran auxiliares de los médicos militares en las enfermerías en las unidades operativas, institutos y comandos, prestaban servicios a las unidades en campaña y en los consultorios y salas del Hospital Militar Central en Buenos Aires y los Hospitales Divisionarios en el interior del país.

Como parte del proceso de jerarquización profesional de los enfermeros militares, Damianovich impulsó la creación de una Escuela de Enfermeros, pero no pudo concretarla (Acuña 1924:129). En 1896, Cecilia Grierson impartió cursos de cuidados de enfermos y primeros auxilios para el personal subalterno de sanidad del Ejército (Schnaibel 1911:13).<sup>6</sup> Entre 1898 y 1904 los enfermeros recibieron su formación en la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar, anexa al Hospital Militar Central, que era el instituto de formación complementaria de los oficiales de sanidad. En 1899 el cirujano de ejército Marcial V. Quiroga intentó crear una Escuela de Enfermeros, pero tampoco lo consiguió (Acuña 1924:130). Recién en 1904, por iniciativa del cirujano de división Nicómedes Antelo -director del Hospital Militar Central-, fue creada como Escuela anexa al Hospital y el cirujano de regimiento Pedro G. Rivero fue su primer director. El cirujano de regimiento Arturo Schnaibel consideraba que la Escuela había encontrado inspiración en la obra de Florence Nightingale y en las escuelas de enfermeros militares y civiles inglesas y norteamericanas -a las que definía como las mejores del mundo y cuya eficiencia, decía, había quedado demostrada en la Guerra de Independencia de Cuba y en la Guerra Anglo-Boer a fines del siglo XIX-.<sup>7</sup> Para Schnaibel:

Los ingleses y norteamericanos tan prácticos en todas sus cosas, cuentan con un excelente personal de enfermeros tanto militares como civiles y esto se debe a la dignificación que han hechos de la profesión, pues entre ellos el nivel social y moral de un enfermero o enfermera es igual o superior al de un maestro; como también es debido a la gran cantidad de escuelas prácticas que tienen anexadas a los hospitales (Schnaibel 1911:11).

Pero esta Escuela de Enfermeros también discontinuó su funcionamiento (Acuña 1924:130). El 20 de enero de 1909, el inspector general de Sanidad Francisco de Veyga presentó al Ministro de Guerra tres proyectos: uno de organización y otro de reclutamiento, instrucción y ascensos del personal subalterno de sanidad; y un tercero de creación de una Escuela de Enfermeros y Camilleros (De Veyga 1909: 135-141). La Inspección General de Sanidad contaba con presupuesto para su implementación en 1909. El primer proyecto modificó -jerarquizándolas respecto de las establecidas en 1892- las correspondencias entre los grados militares de los suboficiales de sanidad y los grados de los suboficiales del cuerpo combatiente. Enfermeros: sargento enfermero asimilado a sargento 1º, cabo enfermero a cabo 1º y enfermero auxiliar a soldado;<sup>8</sup> camilleros: sargento camillero asimilado a sargento, cabo camillero a sargento 2º y camillero a soldado. El proyecto establecía la creación de compañías sanitarias por Región Militar, cada una compuesta por 1 sargento enfermero, 2 sargentos camilleros, 8 cabos enfermeros, 8 cabos camilleros, 16 enfermeros auxiliares y 16 soldados camilleros. Las compañías se integrarían con soldados voluntarios y soldados conscriptos - estos últimos pasarían a conformar la reserva de sanidad al concluir el servicio militar obligatorio-. Los soldados voluntarios serían provistos por la Escuela de Enfermeros y Camilleros y los soldados conscriptos por cada unidad de la Región Militar. Estas últimas debían contar con una Compañía de Sanidad cada mil hombres. A su vez, cada regimiento dispondría de 1 cabo enfermero y 1 enfermero auxiliar y el parque sanitario dispondría de 1 sargento camillero, 2 cabos camilleros y 6 soldados camilleros. Por el segundo proyecto, De Veyga determinó que la instrucción del personal subalterno

<sup>6</sup> Grierson fue la primera mujer médica egresada por la Universidad de Buenos Aires en 1889 y promotora de los cursos de cuidado para enfermos y primeros auxilios del Círculo Médico en 1886. De acuerdo con Ana Laura Martín, estos últimos cursos fueron el germen de la Escuela de Enfermeras, Enfermeros y Masajistas de Buenos Aires que en 1892 dependía de la Asistencia Pública porteña. Asimismo, en 1890 también funcionaba una Escuela de Enfermería en el Hospital Británico de Buenos Aires (Martín 2015).

<sup>7</sup> Las ideas y obra de Nightingale y el Hospital Saint Thomas de Londres también fueron modelo de referencia para Grierson (Martín 2015).

<sup>8</sup> En la planilla de movimiento de personal de la Inspección General de sanidad de abril de 1909 consta que los suboficiales enfermeros estaban asimilados a sargento 1º (enfermero principal), sargento (enfermero de 1º clase) y cabo 1º (enfermero de 2º clase) (Inspección General de Sanidad 1909:203-204); es decir, con modificaciones respecto del proyecto propuesto por De Veyga en enero de ese año.

de sanidad sería efectuada en la Escuela de Enfermeros y Camilleros por médicos militares –es decir, no por oficiales de las “armas”- y que los aspirantes serían reclutados entre individuos de entre 21 y 30 años aptos para el servicio en campaña que hubieran prestado servicio militar –voluntario o conscripto- y, de preferencia, que fueran diplomados o acrediten experiencia hospitalaria. Los aspirantes debían efectuar sus estudios y, una vez aprobados, se los contrataba por un servicio de cuatro años con deberes y derechos asimilados a los de las clases del Ejército. Por último, el tercer proyecto creaba la Escuela de Enfermeros y Camilleros anexa al Hospital Militar Central, otorgaba estado militar a los aspirantes de dicha Escuela y definía los contenidos de su plan de estudios: primeros auxilios, farmacia, práctica de pedicuro<sup>9</sup> y administración hospitalaria (De Veyga 1909:135-141). En 1912, la Escuela de Enfermeros y Camilleros comenzó a funcionar con el dictado de cursos a cargo de los médicos militares Pedro G. Rivero, Arturo Schnaibel y Neocle Ragusín; sin embargo, su funcionamiento se interrumpió al finalizar ese año. Su reapertura se produjo en 1916 cuando el director general de Sanidad, Nicómedes Antelo, encargó al médico militar Pio Isaac Acuña reorganizar sus cursos (Acuña 1924:131).

Hacia 1911, el cirujano de regimiento Arturo Schnaibel formulaba el siguiente diagnóstico sobre el perfil de los enfermeros militares de la Argentina:

Los enfermeros buenos son los del Hospital Militar Central y algunos que se encuentran en los hospitales regionales o enfermerías de cuerpo pero que se han formado en el Hospital Central; son enfermeros que tienen diez, quince y hasta veinte años de práctica, es decir, tienen la verdadera escuela de enfermero, la experimental; sin haber recibido educación militar tienen perfecta noción de disciplina y subordinación por la influencia del medio ambiente en tantos años de práctica; cumplen estrictamente las órdenes e indicaciones del cirujano y mantienen aseo, disciplina y orden en las salas o enfermerías; es por estas razones que la actual inspección ha mejorado muchísimo las condiciones materiales de estos enfermeros; en efecto, están equiparados a sargentos primeros con remuneración mensual de 120 \$; visten un bonito uniforme, lo cual les halaga el amor propio, pues usan hasta espada y tienen derecho a pensión de retiro o jubilación. Los medianos son enfermeros con certificados de otros hospitales; algunos de ellos buenos, con unos cuantos años de práctica. Los malos enfermeros son los que hay en todas partes, porque en ningún lado duran (Schnaibel 1911:12-13).

Schnaibel consideraba que para la incorporación de nuevos aspirantes a enfermeros militares, la Inspección General de Sanidad debía seleccionar postulantes entre quienes reunieran condiciones de edad, físicas y de conducta requeridas e incorporarlos por un período de prueba de tres meses a una sala del hospital militar bajo supervisión de un sargento enfermero y un médico interino que verifiquen sus aptitudes para el trabajo, cualidades morales y educación general. Sólo aquellos seleccionados después de ese período de prueba ingresarían como alumnos de la Escuela de Enfermeros y Camilleros. Concebía su educación en términos teórico-prácticos:

... distribuidos en salas, para que en estas el sargento enfermero se encargue de enseñarles lo relativo al enfermo, su cuidado, higiene; tomar temperatura, curaciones, nomenclatura de instrumentos de uso común; cuadros, términos, primeros auxilios; acompañarlos a las guardias; en fin en todos aquellos pequeños detalles del arte de curar, que solo se aprenden viéndolos hacer y haciéndolos; el médico interino controlaría constantemente el trabajo de sargentos y alumnos (Schnaibel 1911:14).

La dirección técnica de la educación de los enfermeros quedaba a cargo del médico militar con el auxilio de los practicantes mayores –estudiantes avanzados de medicina que se formaban en la Escuela de Aplicación de Medicina Militar- quienes, además, impartían conferencias y clases prácticas. Junto con la formación sanitaria, los enfermeros recibían instrucción militar básica conforme a la táctica y la técnica de la sanidad militar vigente en la doctrinal del Ejército Argentino

<sup>9</sup> La labor del pedicuro era fundamental en un ejército que –mayoritariamente- marchaba a pie y, por ende, su personal tenía afecciones en las extremidades de los miembros inferiores producto de las marchas en campaña.

(Soprano 2020). El proceso debía completarse en dos años y egresaban como cabo 1°. Para entonces -1911- la carrera de un suboficial de sanidad continuaba con el ascenso al grado equivalente a sargento y luego a sargento 1°, debiendo acreditar siempre al menos tres años en el grado y aprobado un examen de competencias para el ascenso (Acuña 1921:893-894). Al igual que en las carreras profesionales de oficiales y suboficiales del cuerpo combatiente, los suboficiales de sanidad periódicamente cambiaban de cargo y destino respondiendo a necesidades del servicio y para progresar en la carrera militar.

En 1921 el cirujano de ejército Pío Isaac Acuña señalaba que, a pesar de los importantes progresos producidos en las últimas tres décadas en la formación y carrera profesional de los suboficiales de sanidad, persistían dificultades para dar continuidad a la Escuela de Enfermeros y Camilleros. En su opinión, la causa de esas dificultades residía en que:

... creo que nuestra idiosincrasia nos lleva a aceptar el viejo sistema adoptado ya como ley en nuestro cuerpo de sanidad de confiar que cada cirujano instruya al o a los enfermeros que prestan servicio a sus inmediatas órdenes. Es indudable que este proceder tiene sus ventajas, pero existe conveniencia, que haya por lo menos un programa uniforme que sirva para la instrucción de los enfermeros y que cada cirujano lo desarrolle en forma semejante, lo que será de mucha importancia en circunstancias como cambio de destino del enfermero, etc. Ese procedimiento de instrucción lo tiene Francia y otras naciones desde hace muchos años. En ellas los médicos de batallón instruyen los enfermeros adscriptos y los de regimiento son responsables (como pasa en nuestro país) que la instrucción se verifique en forma debida. En un principio reciben una enseñanza general relativa al servicio sanitario (organización, cuidado de los enfermos y heridos), para después especializarse en ciertos conocimientos y prácticas. Deben tener instrucción relativa a los reglamentos sanitarios; en otras como Italia recibe instrucción de recluta, gimnasia, etc. y les obligan antes de servir a practicar durante algún tiempo en los hospitales para que su preparación no deje nada que desear. En resumen casi todos exigen que el candidato a enfermero pase antes de ser considerado como tal por tres etapas obligadas: instrucción militar, instrucción técnica y práctica en los servicios sanitarios del ejército. En nuestra patria también imperan estas ideas, pero no aun en la forma definida que sería de desear. Es necesario que sea un hecho y que las buenas iniciativas den prácticamente el mejor resultado; sólo así tendremos un buen cuerpo de enfermeros (Acuña 1921:886-887).

Retengamos este diagnóstico sobre los enfermeros militares -volveremos luego sobre ello- para referirnos a continuación a los camilleros militares.

## CAMILLEROS MILITARES

En 1893, el cirujano de división Juan A. Salas proyectó la creación de una Compañía de Camilleros (Acuña 1924:133). Dicha iniciativa se concretó en 1902 con oficiales y tropa de infantería. La Compañía funcionaba en un edificio anexo al Hospital Militar Central. En 1903 Salas publicó su manual *Instrucción y maniobras del camillero militar*, un libro de 189 páginas con 85 imágenes. El libro fue reseñado por un oficial que se identificó como J.M.C. De acuerdo con Salas, el rol del camillero en la guerra moderna era la verificación rápida del estado de los heridos y su evacuación de la línea de fuego. A tal efecto, debía adiestrarse en el manejo de material sanitario de primeros auxilios e instruirse en una disciplina militar severa que le permita permanecer en el campo de batalla "sin reparar en los peligros a los que se verá expuesto" (Cit. en J.M.C. 1903:1033). Salas había diseñado la organización de las Compañías de Camilleros con 4 oficiales jefes, 25 oficiales subalternos y 602 individuos de tropa. También les asignaba animales de carga, carros, camillas, literas, artolas (dos asientos que se montan como sillas sobre una cabalgadura) y otros aparatos de transporte de heridos. Su organización en campaña podía subdividirse, a su vez, en elementos menores denominados escuadrones, cada uno con un oficial subalterno y 25 individuos de tropa. En tiempo de guerra esos elementos asistían a los combatientes en primera línea. Salas



concibió aquella organización atendiendo a la doctrina de los ejércitos de Francia y Alemania y adecuándolas a la historia y realidades del Ejército Argentino; por tal motivo, decía que las distancias que los camilleros argentinos recorrerían en el campo de batalla “serán por mucho tiempo menores entre nosotros, dado el *hábito argentino de pelear de cerca*, que no ha de modificarse gran cosa aun con el uso de armas modernas de gran alcance y también porque las camillas de que se dispone hoy son más livianas y fatigan poco” (Cit. en J.M.C. 1903:1034). J.M.C consideraba que Salas se equivocaba en esto, pues:

La táctica de combate y las armas modernas han impuesto al ejército argentino, forzosamente, un modo de combatir científico y racional, sobre el cual no puede ni debe influir ningún hábito vicioso y rutinario, y por lo tanto perjudicial por inveterado que sea. El hábito argentino de combatir de cerca por más que a primera vista pudiera atribuirse solo al valor personal, conduciría a sacrificar inútilmente a los combatientes, dado el enorme alcance y la rapidez de tiro de las armas modernas (J.R.C. 1903:1034-1035).

Según J.M.C, la estimación -hecha por Salas- de dos camilleros por camilla era insuficiente en el campo de batalla, pues no preveía que uno o ambos pudiesen ser heridos o muertos cumpliendo su misión, ni sopesaba su seguro agotamiento cargando un herido desde la línea de frente hasta el puesto socorro en retaguardía. Señalaba que el estudio de la sanidad del ejército francés mostraba que dos camilleros podían transportar un herido recorriendo unos dos kilómetros por hora. J.R.C consideraba, no obstante, que el manual ofrecía alternativas para compensar este problema considerando el traslado de un herido por un camillero sosteniéndolo de los brazos. Salas también había previsto la situación de dos camilleros que no disponían de camilla, el modo en que cuatro camilleros debían cargar el cuerpo de un herido grave de cabeza o piernas, cómo desmontar un jinete herido y describía los tipos de camilla y sillas para el transporte de heridos y los diferentes tiempos y movimientos que comprendía su maniobra. En todos los casos, Salas acompañaba las explicaciones con imágenes y voces de mando -órdenes que debían impartirse y quién debía impartirlas- que facilitaban la instrucción de los camilleros y las operaciones en campaña o en el campo de batalla. Todo estaba “al alcance de cualquier persona extraña a la medicina, y fácil de asimilar con un ligero aprendizaje práctico” (J.R.C. 1903:1040).

Ahora bien, la función del camillero era la evacuación de los heridos de la línea de fuego, pero -decía- J.R.C.- Salas preveía que también debían instruirse en primeros auxilios para asistir un herido grave en el campo de batalla:

... entonces la intervención del camillero puede ser muy eficaz, pues muchos habrán caído debajo de sus cabalgaduras, de otros heridos, de una pared o pieza de artillería, otros estarán de cabeza en una zanja o fosa; algunos habrán perdido el conocimiento agotados por el cansancio, privación de alimentos o pérdida de sangre, y en todos estos casos el camillero puede intervenir eficazmente aliviando tales situaciones afligentes o de peligros, ya sea levantando el peso que obra sobre los unos, poniendo en mejor posición a los otros, o reanimando con fricciones o dando de beber a los últimos, así pues que tendrán necesidad de recibir del jefe [sic] o del segundo del regimiento, todas las nociones elementales indispensable para estar habilitados al desempeño de esta parte médica, diremos así, de su servicio, y no exponerse tampoco a perder tiempo a atender aquellos que por la gravedad de sus lesiones hubieran de ser inútiles todos los cuidados que pudieran prodigárseles porque la muerte no tardará en sobrevenir a pesar de todo (Cit. en JCR 1903:1039-1040).

Por ende, la instrucción de los camilleros debía prever cómo levantar al herido, reanimarlo, apagarle la sed, cerciorarse del sitio de la herida, cuidar que la afección pueda causarle una muerte rápida antes de recibir atención médica (hemorragia, síncope, asfixia, insolación, etc.), inmovilizar miembros fracturados, utilizar el paquete de curación individual del soldado y la bolsa de curaciones reglamentarias del camillero. También debían adquirir conocimientos básicos de anatomía: esqueleto, sistema muscular, órganos, principales arterias y puntos de aplicación de compresión para casos de hemorragia. Esos conocimientos debían enseñarse en un ámbito institucional específico. Por tal motivo, a fines del siglo XIX se encomendó a los médicos militares

José María Cabezón y Alberto Costa un proyecto de Escuela de Camilleros (Acuña 1924:131). Dicho proyecto se concretó con la creación de la Escuela de Enfermeros y Camilleros de 1909, pero como se dijo, su proyecto institucional tuvo discontinuidades hasta que, en 1916, Pío Isaac Acuña la reorganizó. En esas circunstancias, Acuña sostuvo que la formación teórica-práctica de los camilleros debía orientarse al cumplimiento de tres funciones: prestar los primeros auxilios en la línea de combate; transportar a los heridos y enfermos en brazos, camillas, carros o lomo de animal desde la línea de combate hasta el puesto socorro y desde este hasta la ambulancia o la asistencia sanitaria más próxima; y establecer los puestos de curación cuando lo permita la situación (Acuña 1924:134-135).

Acuña estudió las doctrinas y experiencias de los ejércitos de Europa, Estados Unidos y Japón para evaluar cómo debía ser la formación y organización de los camilleros militares - tengamos presente que en 1916 estaba en curso la Primera Guerra Mundial-. Decía que las compañías de camilleros podían ser conducidas por oficiales del cuerpo combatiente con asesoramiento de un médico militar, o bien por un médico militar con comando militar y dirección técnica sanitaria. Según se había informado, existía una opinión favorable a la primera opción, sobre todo cuando las compañías de camilleros debían empeñarse en combate. Asimismo, si bien la experiencia aconsejaba que la formación de esas compañías e instrucción de su personal debía hacerse en escuelas específicas en tiempo de paz; la guerra imponía el recurso *ad hoc* de conformarlas e instruir las con tropa movilizadas en unidades operativas, en la retaguardia o incluso en la línea de frente. A su vez, en tiempo de paz, los camilleros debían asistir al personal sanitario y pacientes en hospitales militares, a las tropas de unidades operativas en campaña, en marchas o en las enfermerías de sus cuarteles. También señalaba que camilleros y personal de ambulancias en algunos casos integraban un mismo elemento y en otros eran elementos independientes (Acuña 1924:137-138-139-140).

En 1926 el cirujano de cuerpo Victorino Solá analizó las prescripciones vigentes para los camilleros en el servicio sanitario en combate, las cuales habían sido elaboradas considerando las experiencias de ejércitos que participaron de la Primera Guerra Mundial. Se establecía que durante el combate solo los cirujanos, enfermeros y camillero atendían, levantaban y transportaban heridos -los soldados de las armas lo harían solo eventualmente y por orden de un superior-. Los primeros auxilios debían producirse en refugios próximos a la línea de fuego:

En esta formación sanitaria el camillero procede con entera libertad de acción, colocando al herido urgentemente en buenas condiciones, siempre que las circunstancias lo exijan, cohibiendo su hemorragia, limpiando su herida o haciendo respiración artificial al que la necesita, etc. lo atiende con el paquete individual de curación que lleva cada soldado y con el contenido de la bolsa de curación del camillero; para inmovilizar fracturas se improvisa medios (mantas, correas, sable-ballonetes, etc.). El traslado se hace lo más rápidamente posible. El levantamiento de heridos se realiza mientras la batalla se libra. Muchas veces el tiro de artillería no deja lugar a retirarlos enseguida como sería de desear y el camillero se ve en la necesidad ineludible de detenerse un poco, hasta un intervalo y hacerlo entonces con rapidez (Solá 1926:135).

En consecuencia, la formación sanitaria e instrucción militar de los camilleros en la Escuela y/o en unidades operativas debía incluir conocimientos en primeros auxilios.

#### **OTROS AUXILIARES DE SANIDAD: preparadores de farmacia y de laboratorio bioquímico, enfermeros de odontología, radiología y mecánicos dentales**

En las primeras décadas del siglo XX, el servicio de sanidad del Ejército fue ampliando y complejizando el servicio de salas y consultorios externos del Hospital Militar Central para atención del personal militar y sus familiares y con la construcción de los Hospitales Divisionarios en el interior del país. El Hospital Militar Central fue inaugurado en 1889 y los Hospitales Divisionarios de



Mendoza en 1898, Salta y Paraná en 1902, Campo de Mayo en 1907 y Tucumán en 1914. En las décadas de 1920 y 1930, además, se hicieron importantes reformas y nuevas construcciones en el Hospital Militar Central y en los Hospitales Divisionarios. En 1930, el Hospital Militar Central contaba con consultorios externos de oftalmología, otorrinolaringología, odontología, vías urinarias, radiología, electro-cardiología, vacunación, mesoterapia, podología, ginecología, obstetricia, maternidad y niños; una farmacia, laboratorios -clínico, bioquímico, bacteriológico, bromatológico- y salas de cirugía, internación y guardia (Levene 1930; Soprano 2019).<sup>10</sup> Fue necesario, entonces, reclutar mayor cantidad de suboficiales de sanidad y nuevos perfiles profesionales -además de enfermeros y camilleros previstos a fines del siglo XIX-

De acuerdo con la reglamentación vigente en 1927, la convocatoria para el ingreso al cuadro de suboficiales de sanidad preveía la incorporación de personas que -tras completar sus estudios en la Escuela de Enfermeros y Camilleros- obtendrían el grado de cabo camillero, cabo 1° enfermero, cabo 1° de farmacia y sargento 1° mecánico dentista. Nótese que, como los conocimientos teóricos y prácticos demandados a suboficiales enfermeros y de farmacia era superior al de los camilleros y, a su vez, los requeridos a suboficiales mecánicos dentistas lo eran respecto de todos anteriores, por ende, se les asignaba un grado militar relativamente superior como cabo 1° y sargento 1°, respectivamente. Para entonces la carrera de los suboficiales sanidad estaba diversificada conforme a los servicios que prestaban a oficiales médicos, farmacéuticos y dentistas. Los postulantes debían tener entre 18 y 32 años cumplidos, aprobar las pruebas teórico-prácticas de admisión, poseer aptitudes físicas para el servicio en campaña comprobadas mediante revisión médica y firmar un contrato de servicios por dos años como voluntario. Quienes hubiesen prestado servicios militares como voluntarios durante un mínimo de nueve meses o habían cumplido el servicio militar obligatorio recibirían una bonificación en los exámenes de conocimientos teórico-prácticos. Y aquellos incorporados que no hubiesen cumplido el servicio militar como voluntarios o conscriptos serían asignados a una unidad operativa durante tres meses para completar su instrucción militar (Dirección General de Sanidad 1927:377-378).<sup>11</sup>

En 1929, el director general de Sanidad, el cirujano de ejército Leónidas Facio, elaboró un proyecto de modificación de la reglamentación de la Ley N°2377 Orgánica del Cuerpo de Sanidad, que buscó plasmar la diversificación y complejidad que habían adquirido los perfiles y carreras del personal subalterno de sanidad, proponiendo reorganizar su escalafón del siguiente modo. a) Escalafón de preparadores (de farmacia y de laboratorio bioquímicos): enfermero principal, preparador de 1° clase y preparador de 2° clase. b) Escalafón de enfermeros (camilleros, enfermeros, enfermeros de odontología, electro-radiología y pedicuro): enfermero principal, enfermero/pedicuro de 1° clase, enfermero/pedicuro de 2° clase, enfermero de 3° clase y camillero. c) Masajistas: masajistas principales, masajistas de 1° clase y de 2° clase. d) Veterinarios: auxiliares de veterinaria de 1°, 2° y 3° clase.<sup>12</sup> Las jerarquías de los suboficiales de sanidad continuaban asimilándose a las de suboficiales del cuerpo combatiente: preparador, enfermero y masajista principal a sargento ayudante; preparador, enfermero, masajista, pedicuro y auxiliar de veterinaria de 1° clase a sargento 1°; preparador, enfermero, masajista, pedicuro y auxiliar de veterinaria de 2° clase a sargento; enfermero y auxiliar de veterinaria de 3° clase a cabo 1°; y camillero a cabo (Facio 1929:112-113-114). En el proyecto de Facio se advierte que, a diferencia de las asimilaciones precedentes, otorgaba a los preparadores de farmacia y bioquímica, enfermeros y masajistas principales el grado equivalente en el cuerpo combatiente a sargento ayudante, es decir,

<sup>10</sup> Con la creación del servicio de obstetricia, ginecología, maternidad y niños y la sala de cirugía de señoras, en 1926, el director del Hospital Militar Central solicitó el nombramiento “con carácter extraordinario” de personal femenino civil para destinarlas a la atención de esas prestaciones: 1 enfermera para cumplir con funciones como partera y 5 auxiliares sirvientes. En 1927 la solicitud fue autorizada y se incorporaron otras dos enfermeras. Las tareas de este personal femenino -que no tenía estado militar- era complementada por las religiosas de la Congregación de las Hermanas de la Caridad (Levene 1930:148-166).

<sup>11</sup> Una nota de la Dirección General de Sanidad, publicada en 1930, planteaba las recurrentes dificultades que se presentaban en el reclutamiento de los postulantes a incorporarse como preparadores de farmacia: “Los cotidianos fracasos en los exámenes de los aspirantes a suboficiales de sanidad, auxiliares de farmacia, que actúan con la denominación preparadores, han venido a demostrar que es necesario proceder a una verdadera selección de ese personal a fin de que ingresen los más capacitados y en condiciones de poder satisfacer las exigencias del servicio y asumir la responsabilidad que les incumbe en funciones tan delicadas” (Dirección General de Sanidad 1930:174).

<sup>12</sup> El proyecto incluía a los suboficiales de veterinaria, aun cuando desde 1907 dependían de la Dirección General de Remonta y Veterinaria del Ejército.

un grado más que aquel alcanzado hasta entonces como máxima jerarquía entre los suboficiales de sanidad.

Hacia 1931 -siendo Arturo Levene el inspector general de Sanidad- el escalafón de suboficiales de sanidad se organizaba como se detalla a continuación. Escalafón de enfermeros: enfermeros, enfermeros de odontología, enfermeros de radiología y mecánicos dentales. Escalafón de preparadores: preparadores de farmacia y preparadores de laboratorio bioquímico. Los enfermeros iniciaban su carrera como enfermeros de 2º clase y los preparadores como preparadores de 2º clase -asimilados a cabo 1º-; excepcionalmente, los enfermeros de radiología y los mecánicos dentales que eran dados de alta como enfermeros principales -asimilados a sargento 1º-. Todos firmaban un contrato de trabajo por dos años. Los postulantes debían ser ciudadanos argentinos y tener entre 18 y 32 años cumplidos. El ingreso al escalafón seguía produciéndose cuando se generaban vacantes, las cuales eran cubiertas mediante evaluaciones de conocimientos teóricos y prácticos, exámenes de aptitud física para el desempeño en campaña y un certificado de buena conducta expedido por autoridad policial. Los exámenes de los preparadores se tomaban en la sede de la Dirección General de Sanidad y los de los enfermeros en el Hospital Militar Central y en los Hospitales Divisionarios. Dichos exámenes estaban a cargo de oficiales médicos, farmacéuticos y dentistas. Los contenidos examinados para postulantes a enfermeros eran: conocimientos generales,<sup>13</sup> primeros auxilios,<sup>14</sup> profilaxis y desinfección,<sup>15</sup> y régimen militar<sup>16</sup> (Dirección General de Sanidad 1931:173-178).

En 1935, se creó la Escuela de Suboficiales de Sanidad -dependiente y anexa al Hospital Militar Central-para formar todos los suboficiales de sanidad del Ejército en trayectos formativos de dos años de duración. Los aspirantes egresaban como preparadores y enfermeros de 2º clase -asimilados a cabo 1º- y eran destinados a unidades operativas, institutos y hospitales (Ejército Argentino 1972b:135-136).<sup>17</sup>

## EVOLUCIÓN CUANTITATIVA DEL CUERPO DE OFICIALES Y SUBOFICIALES DE SANIDAD DEL EJÉRCITO

En 1903 la Inspección General de Sanidad contaba con 76 médicos, 40 farmacéuticos y 2 dentistas, 22 veterinarios, 41 estudiantes, 2 ayudantes de dentista, 1 pedicuro y 10 médicos civiles; en tanto que la Compañía de Enfermeros poseía 6 enfermeros de 1º clase, 43 enfermeros de 2º clase, 3 peones, 1 cochero, 2 ordenanzas, 1 encargado de contabilidad y 1 auxiliar de libros y escribiente (Inspección General de Sanidad 1903:672). Este personal estaba destinado a la Inspección General de Sanidad, el Hospital Militar Central, el Colegio Militar de la Nación, la Escuela de Tiro, la Escuela de Esgrima, el Ministerio de Guerra, el Depósito Central de Farmacia, el Depósito de Material Sanitario, la Escuela de Aplicación de Sanidad Militar, las Juntas de Excepción para el Servicio Militar Obligatorio en los Distritos Militares y en las unidades militares operativas del país.

<sup>13</sup> El enfermero militar. preparación de la habitación y la casa del enfermo. Temperatura, pulso, respiración, cuadros térmicos. Arte de dar medicamentos. Enemas, enteroclistis, aplicaciones de frío y calor, sinapismos, ventosas, inhalaciones y fumigaciones, pulverizaciones, polvos, píldoras, sellos, comprimidos, gotas, supositorios, candelillas, inyecciones hipodérmicas, oxígeno y baños. Antisepsia y asepsia. Esterilización de apósitos, instrumental y útiles en general. Anestesia local y general. Cuerpo humano: esqueleto -partes, huesos y articulaciones- y órganos.

<sup>14</sup> Heridas. Primera cura. Paquete de curación individual. Contusiones. Quemaduras. Hemorragias: contención provisoria y definitiva, compresión digital y mecánica. Fracturas simples y expuestas. Luxaciones y entorsis (esguince). Entablillado y vendaje, procedimientos improvisados. Asfixiado. Síncope. Respiración artificial. Envenenamientos y antídotos. Transporte de enfermos y heridos.

<sup>15</sup> Enfermedades infecciosas, medios de propagación y profilaxis. Enfermedades venéreas y su profilaxis. Desinfección en el Ejército. Desinfección de locales y ropa. Desinsectación y desratización.

<sup>16</sup> Jerarquías militares. Uniformes. Emblemas de oficiales y suboficiales. Colores distintivos en el uniforme. Saludos. Faltas de disciplina a la ética profesional, al respeto y al servicio. Conducta de la tropa en la calle y paseos. Reclamos de licencia para la tropa. Tratamiento y correspondencia.

<sup>17</sup> Recordemos que los enfermeros de radiología y mecánicos dentales -a diferencia de otros enfermeros y preparadores- egresaban como enfermeros principales asimilados a sargento 1º.

El dificultoso y conflictivo proceso de implementación del servicio militar obligatorio sancionado por la Ley N°4301 de 1901 habilitó un proceso organizativo y funcional donde la sanidad, por un lado, participaba en la revisión médica de los ciudadanos convocados al servicio en cada uno de los Distritos Militares del país -46 en 1917 y 68 en 1930-; y, por otro lado, en cada una de las unidades operativas e institutos educativos del Ejército se ocupaba de la asistencia a oficiales, suboficiales, soldados y cadetes y aspirantes.

Comparando la cantidad de médicos, farmacéuticos y dentistas militares entre 1903 (118) y 1920 (91) constatamos que la cantidad se redujo en 27 miembros (Dirección General de Sanidad 1920:135-144). Si tenemos presente que con la sanción de la Ley de Servicio Militar Obligatorio fue necesario organizar la revisión médica anual de los ciudadanos de las clases convocados para esa prestación militar, es de suponer que la reducción de la cantidad de oficiales de sanidad debe haber tenido un impacto negativo en las capacidades operativas de dicho servicio que, no debemos olvidarlo, también debía proveer de atención al conjunto de los oficiales, suboficiales y soldados del Ejército.

Hacia el año 1930, sin embargo, el servicio de sanidad contaba con más personal: 206 oficiales -130 médicos, 57 farmacéuticos y 19 dentistas- y 225 suboficiales de sanidad (Ejército Argentino 1972b:83). En tanto que en 1936 disponía de 202 oficiales -127 médicos, 57 farmacéuticos y 18 dentistas- y 221 suboficiales. El total de estos últimos se distribuía del siguiente modo: 139 enfermeros -35 principales, 41 de 1° clase, 47 de 2° clase y 16 de 3° clase-, 12 ayudantes de sanidad, 4 ayudantes de farmacia y 66 preparadores -14 principales, 26 de 1° clase, 18 de 2° clase y 8 de 3° clase- (Dirección General de Sanidad 1936:202-212).

De modo que, entre 1903 y 1936 la evolución cuantitativa del personal de oficiales - médicos, farmacéuticos y dentistas- y suboficiales -enfermeros, ayudantes y preparadores- de sanidad del Ejército se incrementó significativamente. En el devenir de esos treinta y tres años, no obstante, no puede soslayarse que hacia 1920 registramos un descenso importante en la cantidad de oficiales. Pero ese descenso fue revertido poco después e incluso mostró un aumento notable y sostenido en la primera mitad de la década de 1930. (Tabla 1).

Tabla 1. Total de oficiales -médicos, farmacéuticos y dentistas- y suboficiales -enfermeros, ayudantes y preparadores- de sanidad del Ejército Argentino. 1903-1936.

Cantidad de personal / Año	1903	1920	1930	1936
Oficiales	118	91	206	202
Suboficiales	49	Sin datos	225	221
Total	167	Sin datos	431	423

Fuente: elaboración propia sobre la base de información disponible en Inspección General de Sanidad 1903:672; Dirección General de Sanidad 1920:135-144; Ejército Argentino 1972b:83; Dirección General de Sanidad 1936:202-212.

Ahora bien, los oficiales y suboficiales de sanidad que registramos hacia 1930 prestaban servicios a la enorme masa de hombres que integraban el Ejército como cuadros permanentes - oficiales y suboficiales- o como soldados conscriptos. Así pues, en 1928, la totalidad del personal de sanidad debía atender a 2.064 oficiales, 4.983 suboficiales y 21.000 soldados y, en 1936, a 2.663 oficiales, 7.000 suboficiales y 35.000 soldados. En consecuencia, si consideramos que entre 1928 y 1936 la cantidad de oficiales de sanidad estuvo siempre muy por debajo de los 250 que la conducción del servicio consideraba necesarios para atender a las unidades operativas, institutos, comandos y distritos militares del Ejército, es de suponer que en esos años persistió la escasez de personal.

¿Cómo se distribuía y organizaba el personal de sanidad militar para prestar servicios en los destinos del Ejército? Veamos algunos casos significativos en 1936. El Regimiento de Caballería 5 (Salta) disponía de 1 cirujano de cuerpo y 1 enfermero de 2°. El Regimiento de Caballería 3 (Guaqueguay) 1 cirujano de cuerpo, 1 enfermero de 3° y 1 preparador de 2°. Y el Regimiento de Caballería 4 (Villa Mercedes) 1 cirujano de cuerpo, 1 farmacéutico de 4°, 1 enfermero de 2° y 1 enfermero de 3°. De modo que, estas unidades emplazadas en el territorio nacional normalmente poseían un oficial médico, auxiliares de sanidad (enfermeros, preparadores y ayudantes) y algún farmacéutico (este último perfil no en todos los casos). ¿Qué sucedía en un Comando de una División? El personal era más numeroso, diversificado y de mayor jerarquía militar que el de las unidades operativas antes mencionadas. En la 1° División (Capital Federal): 1 cirujano de División, 1 cirujano de brigada, 1 farmacéutico de 1° y 1 farmacéutico de 2°, 1 dentista de 2° y 1 dentista de 4°, 1 ayudante de farmacia, 1 preparador de 1°, 1 preparador de 2° y 1 preparador de 3°. En la 5° División (Salta): 1 cirujano de división, 1 cirujano de brigada, 2 farmacéuticos de 2°, 1 dentista de 4° y 1 enfermero principal (Dirección General de Sanidad 1936:202-212). A su vez, en 1936 el Hospital Militar Central y los Hospitales Divisionarios tenían sus plantas de personal integradas con médicos, farmacéuticos, dentistas y suboficiales de sanidad. Por ejemplo, el Hospital Militar Central: 1 cirujano de ejército, 2 cirujanos de división, 3 cirujanos de brigada, 7 cirujanos de regimiento, 3 cirujanos de cuerpo, 2 farmacéuticos de 2° y 1 farmacéutico de 3°, 1 dentista de 1°, 1 dentista de 2° y 2 dentistas de 3°, 5 ayudantes de sanidad, 1 ayudante de farmacia, 3 enfermeros principales, 2 enfermeros de 1°, 4 enfermeros de 2° y 1 enfermero de 3°, 1 preparador de 1°, 4 preparadores de 2° y 1 preparador de 3°. En términos relativos, los Hospitales Divisionarios poseían algo menos de personal que el Hospital Militar Central, pero el que menos disponía, el de Tucumán, contaba con 1 cirujano de brigada, 2 cirujanos de cuerpo, 2 farmacéuticos de 3°, 2 enfermeros principales, un enfermero de 1°, 1 enfermero de 2° y 1 enfermero de 3°, 1 preparador principal y 2 preparadores de 2° (Dirección General de Sanidad 1936:202-212).

## CONCLUSIONES

La formación teórico-práctica de los suboficiales de sanidad del Ejército en instituciones educativas castrenses o su instrucción en unidades operativas y hospitales militares desde la sanción de la Ley Orgánica del Cuerpo de Sanidad del Ejército y la Armada de 1888 se inscribió en el proceso de modernización, burocratización y profesionalización producido en el Ejército Argentino en el cambio del siglo XIX al XX -el cual ha sido objeto de importantes investigaciones historiográficas mencionadas anteriormente-. En lo que respecta a los suboficiales de sanidad, ese proceso estuvo marcado, por un lado, por iniciativas progresivas en favor de la definición de sus perfiles y carreras profesionales específicas, así como por el reconocimiento institucional de su asimilación o equivalencia con las jerarquías y trayectos profesionales de los suboficiales "combatientes" o de las "armas". Y, por otro lado, en ese proceso se manifestaron problemas y discontinuidades que impidieron la consolidación de un proyecto institucional y curricular unificado destinado a la formación específica de todos los suboficiales de sanidad en un instituto del Ejército. La creación de la Escuela de Suboficiales de Sanidad en 1935 fue, en este sentido, un nuevo hito en post del logro de una institución educativa única y específica de formación de todo el personal subalterno de sanidad.<sup>18</sup>

Asimismo, si relacionamos los resultados de este artículo con aquellos alcanzados por la historia de la salud y enfermedad sobre la historia de la enfermería en la Argentina, se destacan al menos dos atributos sociales significativos del cuadro de suboficiales de sanidad. El primero es que se trata de personal de sanidad cuya formación e instrucción en saberes teórico-prácticos estaba concebida para prestar servicios en tiempos de paz -en cuarteles, institutos, comandos, hospitales castrenses y en campaña- atendiendo principalmente enfermedades y accidentes propios de la

<sup>18</sup> Esta investigación sobre la sanidad del Ejército comprende desde la sanción de la Ley Orgánica de 1888 hasta el rediseño orgánico-funcional de esta Fuerza Armada en 1938 en vísperas de la Segunda Guerra Mundial. Es por ello que la historia de la Escuela de Suboficiales de Sanidad será analizada en otro trabajo.

actividad militar de oficiales, suboficiales y soldados; y, en tiempos de guerra, en el caso de enfermeros y camilleros, exponiendo sus vidas en el campo de batalla o próximos a la línea de fuego para asistir y evacuar heridos. En este sentido, enfermeros y camilleros militares desempeñaban tareas de atención sanitaria y de cuidado que los ponían en una relación socialmente próxima con la muerte de los otros; pero, a diferencia de sus pares civiles, debían prepararse para enfrentar su propia muerte en tiempos de guerra. Y para afrontar la experiencia extrema de la guerra y porque eran un componente orgánico y funcional indispensable del Ejército, debían adquirir no sólo conocimientos técnicos sanitarios sino instruirse como soldados e integrarse orgánicamente en las jerarquías y la cadena de mando y disciplina castrense.

El otro atributo específico de este personal de sanidad en relación con sus pares civiles es que todos los suboficiales de sanidad del Ejército eran hombres. Esto era consecuencia de un Ejército que no incorporaba mujeres como oficiales o suboficiales ni como soldados voluntarios o conscriptos. Dicha cuestión se desprendía, a su vez, de las concepciones unilateralmente masculinas sobre los combatientes que tenían los ejércitos regulares de principios del siglo XX. De modo que, este carácter exclusivamente masculino de los suboficiales de sanidad contrasta con presencia mixta de hombres y mujeres en los medios civiles desde fines del siglo XIX y, más aun, con los procesos de feminización –que no excluía la presencia de hombres– de la enfermería y otras profesiones y ocupaciones de cuidado y asistencia de personas en la Argentina de la primera mitad del siglo XX, especialmente, en el área metropolitana o en grandes centros urbanos (Martín 2015; Martín y Ramacciotti 2016; Biernat y Queirolo 2018; Ramacciotti 2020).<sup>19</sup> Esos procesos de feminización de la enfermería en la esfera civil estuvieron asociados con perspectivas que concebían continuidades naturales entre las tareas de cuidado y asistencia doméstica de las mujeres y aquellas que éstas prestaban en el cuidado y asistencia hacia otros en la salud pública. Tales perspectivas, como hemos visto, no fueron apropiadas en el Ejército para conformar su cuerpo de sanidad, pues en el ámbito castrense se asumía –también como un hecho natural– la condición o identidad masculina de sus suboficiales en tanto auxiliares de sanidad y militares. Cuándo y por qué el Ejército comenzó a incorporar personal militar femenino en su cuerpo de sanidad y cómo fue el proceso de creación de su Escuela de Enfermería en 1960, es un tema que es preciso abordar en un estudio específico.

---

<sup>19</sup> Ana Laura Martín (2015) estima que al finalizar la primera década del siglo XX, en la ciudad de Buenos Aires, el 70% de las personas dedicadas a la enfermería eran mujeres. Dicha tendencia se vio acentuada cuando el Estado porteño decidió en 1912 que solo las mujeres podían ingresar a la Escuela de Enfermeros, Enfermeras y Masajistas. Sin embargo, Ramacciotti (2020) observa que ese porcentaje cambiaba en algunas instituciones; por ejemplo, en la Asistencia Pública porteña en 1909 el 71% eran varones. Asimismo, para Ramacciotti y Valobra, la feminización y profesionalización de la enfermería en las décadas de 1940-1950 también fueron componentes de la política sanitaria de los gobiernos peronistas (Ramacciotti y Valobra 2017).



## REFERENCIAS

1. Acuña, Pío Isaac. "Instrucción y administración sanitaria militar". *Revista de la Sanidad Militar*: 1920, XIX (4-5-6):169-198.
2. Acuña, Pío Isaac. "Instrucción y administración sanitaria militar". *Revista de la Sanidad Militar*: 1921, XX (3):877-926.
3. Acuña, Pío Isaac. "Instrucción y administración sanitaria militar". *Revista de la Sanidad Militar*: 1924, XXIII (4):9-40.
4. Avellaneda, Aldo. "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*: 2017, IV (1): 57-86.
5. Biernat, Carolina, Cerdá, Juan Manuel y Ramacciotti Karina Inés (dirs.). *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes. 2015.
6. Biernat, Carolina y Queirolo, Graciela. "Mujeres, profesiones y procesos de profesionalización en la Argentina y Brasil". *Anuario del Instituto de Historia Argentina*: 2018, 18 (1), 1-5.
7. Cornut, Hernán. *Pensamiento militar en el Ejército Argentino. 1920-1930. La profesionalización, causas y consecuencias*. Buenos Aires: Argentinidad. 2018.
8. De Veyga, Francisco. "El personal sanitario subalterno: Proyecto sobre su organización, reclutamiento, instrucción y ascensos". *Boletín de Sanidad Militar*: 1909, VIII (3):135-141.
9. Dick, Enrique. *La profesionalización en el Ejército Argentino (1899-1914)*. Buenos Aires: Academia Nacional de Historia. 2014.
10. Dirección General de Sanidad. "Situación de revista del Cuerpo de Sanidad del Ejército". *Revista de Sanidad Militar*: 1920, XIX (1-2-3): 135-144.
11. Dirección General de Sanidad. "Reglamentación para el ingreso al Ejército Permanente de los asimilados a oficial, de los subdirectores de banda y de los suboficiales de administración y sanidad". *Revista de Sanidad Militar*: 1927, XXVI (2): 372-397.
12. Dirección General de Sanidad. "Disposiciones concernientes a las condiciones en que deberán ingresar los suboficiales asimilados al Cuerpo Sanitario del Ejército". *Revista de Sanidad Militar*: 1930, XXIX (2): 174-175.
13. Dirección General de Sanidad. "Nómina del personal que integra el Servicio Sanitario". *Revista de la Sanidad Militar*: 1936, XXXV (3): 202-212.
14. Ejército Argentino. *Reseña histórica y orgánica del Ejército Argentino*. Buenos Aires: Círculo Militar. Tomo II. 1972a.
15. Ejército Argentino. *Reseña histórica y orgánica del Ejército Argentino*. Buenos Aires: Círculo Militar. Tomo III. 1972b.
16. García Molina, Fernando. *La prehistoria del poder militar en la Argentina: la profesionalización del modelo alemán y la decadencia del régimen oligárquico*. Buenos Aires: Eudeba. 2010.
17. Inspección General de Sanidad. "Cuerpo de Sanidad Militar del Ejército". *Anales de Sanidad Militar*: 1903, V (7): 673.
18. Inspección General de Sanidad. "Movimiento de personal. Abril 1909". *Boletín de Sanidad Militar*: 1909, VIII (5): 203-207.
19. J.R.C. "Instrucción y maniobras del camillero militar", cirujano de división Dr. José A. Salas". *Anales de Sanidad Militar*: 1903, V (10):1032-1042.
20. Levene, Arturo. "Organización y funcionamiento del Hospital Militar Central". *Revista de la Sanidad Militar*: 1930, XXIX (2): 148-166.



21. Martín, Ana Laura. "Mujeres y enfermería: una asociación temprana y estable (1886-1940)". En: Carolina Biernat, Juan Manuel Cerdá y Karina Inés Ramacciotti (dirs.). *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes. 2015. pp.257-286.
22. Martín, Ana Laura y Ramacciotti, Karina Inés. "Profesiones sociosanitarias: género e historia". *Avances del Cesor*. 2016, XIII (15), 81-92.
23. Quinterno, Hugo. *Fuego amigo. El ejército y el poder presidencial en Argentina (1880-1912)*. Buenos Aires: Teseo. 2014.
24. Ramacciotti, Karina Inés y Valobra, Adriana María. "El dilema Nightingale: controversias sobre la profesionalización en Argentina. 1949-1967". *Dynamis*. 2017, 37 (2): 367-387.
25. Ramacciotti, Karina Inés. "La profesionalización del cuidado sanitario. La enfermería en la historia argentina". *Trabajos y Comunicaciones*. 2018, 49:1-13.
26. Ramacciotti, Karina Inés (dir.). *Historias de la enfermería en Argentina*. José C. Paz: UDUNPAZ Editorial Universitaria. 2020.
27. Schnaibel Alberto. "El enfermero militar". *Boletín de Sanidad Militar*. 1911, X (1-6): 9-16.
28. Solá, Victorino. "Servicio sanitario regimentario durante el combate". *Revista de la Sanidad Militar*. 1926, XXV (2): 131-142.
29. Soprano, Germán. "El servicio de sanidad militar en el proceso de modernización, burocratización y profesionalización del Ejército Argentino (1888-1938)". *Salud Colectiva*. 2019, 15:1-18 doi: 10.18294/sc.2019.2160.
30. Soprano, Germán. "Formación y perfil profesional de los médicos del Ejército Argentino a principios del siglo XX". *Trabajos y Comunicaciones*. 2021, 53:1-19.
31. Soprano, Germán. "La táctica de la sanidad militar en el proceso de modernización, burocratización y profesionalización del Ejército Argentino a principios del siglo XX". *Investigaciones y Ensayos*. 2020, 69:1-25.