



## **Dispositivos de administración burocrática en el Ejército y prestación del servicio de sanidad en unidades militares del territorio nacional (Argentina, 1907-1910)**

Germán Soprano<sup>(\*)</sup>

### **Resumen**

*En la Argentina del cambio del siglo XIX al XX, la incorporación masiva de soldados conscriptos en unidades militares del Ejército en el territorio nacional produjo efectos en la salud de la tropa y planteó problemas sanitarios de compleja resolución a los oficiales médicos. Este artículo comprende el diseño e implementación de dispositivos sanitarios de administración burocrática destinados a asegurar una adecuada organización y funcionamiento de la Inspección General de Sanidad durante la gestión de Francisco de Veyga como inspector general entre 1907 y 1910. En particular, analiza dispositivos relacionados con la producción de información estadística, profilaxis de enfermedades infecciosas, higiene individual del soldado y de las unidades militares, la construcción de cuarteles modelo y la dotación normalizada de material y equipo para el cuerpo de sanidad en todo el país.*

**Palabras clave:** Ejército Argentino; Sanidad militar; Administración burocrática; Francisco de Veyga.

### **Devices of bureaucratic administration in the Army and provision of the health service in military units of the national territory (Argentina, 1907-1910)**

### **Abstract**

*In Argentina from the turn of the nineteenth to the twentieth century, the massive incorporation of conscript soldiers in military units of the Army in the national territory produced effects on the health of the troops and posed health problems of complex resolution to medical officers. This article includes the design and implementation of sanitary devices of bureaucratic administration aimed at ensuring an adequate organization and functioning of the General Inspectorate of Health during the leadership of Francisco de Veyga as inspector general between 1907 and 1910. In particular, it analyzes devices related to the production of statistical information, the prophylaxis of infectious diseases, the individual hygiene of the soldier and military units, the construction of model barracks and the standardized provision of material and equipment for the health corps throughout the country.*

**Key words:** Argentine Army; Military health; Bureaucratic administration; Francisco de Veyga.

---

<sup>(\*)</sup> Doctor en Antropología Social (Universidad Nacional de La Plata, UNLP). Investigador Independiente (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas -CONICET- con sede en el Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales, UNLP. Profesor Titular de Teoría Política (Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UNLP, Argentina. Email: [gsoprano69@gmail.com](mailto:gsoprano69@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4028-4207>



“Dispositivos de administración burocrática en el Ejército y prestación del servicio de sanidad en unidades militares del territorio nacional (Argentina, 1907-1910)”

## **Dispositivos de administración burocrática en el Ejército y prestación del servicio de sanidad en unidades militares del territorio nacional (Argentina, 1907-1910)**

### ***Introducción***

En 1888, en la Argentina se sancionó la ley 2.377 Orgánica del Cuerpo de Sanidad del Ejército y la Armada que creó un cuerpo de sanidad para cada una de estas Fuerzas. En otros trabajos se ha analizado para el Ejército su organización y funcionamiento (Soprano, 2019), doctrina en el nivel táctico (Soprano, 2020), la formación, perfil y trayectorias profesionales de sus oficiales, sargentos y cabos (Soprano, 2021a, 2022, 2021b) y las concepciones y experiencias de los oficiales sobre su desempeño en unidades militares (Soprano, 2021c) en el cambio del siglo XIX al XX. Este artículo está enfocado en otros cambios suscitados por los proyectos y procesos de modernización, burocratización y profesionalización de la sanidad militar (García Molina, 2010; Dick; 2014; Cornut, 2018; Soprano, 2019): el diseño e implementación de dispositivos de administración burocrática destinados a garantizar la prestación del servicio sanitario en el Ejército. Dichos dispositivos comprendían formas de intervención institucional sobre diferentes realidades castrenses que los médicos militares definían como materia de su competencia conforme a un repertorio de saberes y prácticas médicas y militares. Particularmente, este trabajo se ocupa de las iniciativas desarrolladas durante la gestión de Francisco de Veyga como inspector general de Sanidad entre los años 1907-1910 en relación con la producción de información estadística, la profilaxis de enfermedades infecciosas, la higiene individual del soldado y de las unidades militares, la construcción de cuarteles modelo y la dotación normalizada de material y equipo para el cuerpo de sanidad en todo el país.<sup>1</sup> A tal efecto, me serviré del análisis documentación oficial del Ejército y publicaciones especializadas como los *Anales de Sanidad Militar* y el *Boletín de Sanidad Militar*.

¿Por qué estudiar el diseño e implementación de esos dispositivos en esos años?<sup>2</sup> Por un lado, porque las conscripciones de 1896, 1897 y 1898 y la puesta en práctica de la Ley 4.301 de Servicio Militar Obligatorio de 1901 conllevaron complejos desafíos para la conducción superior y oficiales del Ejército, tales como organizar el reclutamiento, instrucción y adiestramiento de una enorme masa de jóvenes conscriptos.<sup>3</sup> Los oficiales de sanidad, en particular, advirtieron que la conscripción imponía la necesidad de ocuparse de la salud de esos jóvenes con el objetivo de asegurar sus capacidades psico-físicas como combatientes y evitar la proliferación de enfermedades infecciosas, venéreas u otras en campamentos, cuarteles y en operaciones militares en el terreno en tiempo de paz y de guerra. Por tal motivo, el último quinquenio del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX fue una coyuntura crítica *sui generis* para el Ejército, determinada por problemas militares, sanitarios y, más ampliamente, sociales que acarrea esa masiva incorporación de jóvenes conscriptos. Vale la pena, pues, analizar cómo los oficiales médicos proyectaron sus intervenciones sanitarias sobre el conjunto de las unidades militares del territorio nacional.

En esa coyuntura crítica, entre 1907 y 1910, el inspector general de Sanidad Francisco de Veyga promovió iniciativas significativas –entre otras- en el diseño e implementación de dispositivos de administración burocrática para asegurar una adecuada organización y funcionamiento del cuerpo de sanidad a nivel nacional. Pero la elección de su gestión no sólo está relacionada con dichas iniciativas, sino también con la importancia de su perfil y trayectoria como oficial de sanidad con un extendido reconocimiento social e inscripciones en diversas esferas académicas y profesionales civiles vinculadas con la salud pública. Ese perfil y trayectoria en los medios civiles, si bien era excepcionalmente extendido en el caso de de Veyga, no constituía una

---

<sup>1</sup> Para una conceptualización de los términos analíticos modernización, burocratización y profesionalización en el Ejército Argentino de principios del siglo XX remito a Soprano (2021d).

<sup>2</sup> Si bien diferenciamos analíticamente entre diseño e implementación de dispositivos de administración burocrática, dicha distinción no debe asumirse como una taxativa en la interpretación histórica, dado que los procesos de implementación de un dispositivo suelen suponer ajustes e incluso reformulaciones significativas en relación con lo previamente diseñado.

<sup>3</sup> Hugo Quintero (2014) y Aldo Avellaneda (2017 y 2019) han analizado sistemáticamente las normativas y perspectivas militares destinadas a proveer de soldados al ejército de línea o el ejército nacional desde la década de 1860 hasta la primera década del siglo XX. También Avellaneda y Quintero (2021).

## Germán Soprano

excepción en la época. Tal como se ha demostrado en otros trabajos (Soprano, 2021a y 2022), los médicos militares se formaban en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires (en menor medida en la Universidad Nacional de Córdoba), completaban su formación médico-militar en el Ejército y muchos desarrollaban sus carreras castrenses desempeñándose simultáneamente como profesores universitarios, miembros de sociedades científicas y profesionales y de otras instituciones estatales y de la sociedad civil.<sup>4</sup>

### *Francisco de Veyga, inspector general de Sanidad (1907-1910)*

Francisco de Veyga asumió como inspector general de Sanidad del Ejército el 29 de abril de 1907 como cirujano de ejército —equivalente al grado de coronel—, el 2 de diciembre de 1908 ascendió a la jerarquía de cirujano mayor —general de brigada— y se desempeñó como inspector general hasta el 21 de noviembre de 1910 cuando solicitó una licencia por enfermedad. Concluyó su carrera militar en actividad el 27 de junio de 1912. Había nacido el 19 de agosto de 1866 en Villa de Guanabacoa en Cuba. Su padre era cubano y su madre boliviana. Ingresó como empleado de la administración pública del Estado nacional argentino en 1881 como escribiente de la Dirección de Correos y Telégrafos y entre 1882 y 1888 se desempeñó en la Contaduría General de la Nación como escribiente, oficial y luego jefe de oficina. Simultáneamente hizo sus estudios universitarios en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires (UBA), graduándose como médico en 1890 con la tesis “Contribución al estudio del tratamiento de la fiebre tifoidea”. Fue practicante de la Asistencia Pública durante la epidemia de cólera en la ciudad de Buenos Aires en 1886 y miembro de la Comisión Sanitaria enviada a La Rioja en la epidemia de cólera de 1887-1888.

Entre 1888 y 1892 prestó servicios en el cuerpo de sanidad de la Armada como practicante principal y cirujano de primera clase —teniente de navío—. En abril de 1890 fue comisionado a Francia para perfeccionarse en cirugía, higiene y medicina legal en la Escuela de Aplicación Militar de Val-de-Grâce y en el Hospital Militar de Saint Martin en París. También efectuó viajes de estudios para conocer institutos y hospitales militares en Italia, Inglaterra y Francia. En 1891 participó en Notley —Inglaterra— del VIII Congreso Internacional de Higiene y Demografía en representación de la Armada Argentina. Entre 1891 y 1892 realizó cursos sobre bacteriología en el Instituto Pasteur —París— y regresó a la Argentina en julio de este último año.<sup>5</sup>

En Buenos Aires solicitó el pase al cuerpo de sanidad del Ejército, el cual le fue concedido el 12 de agosto de 1892 como cirujano de brigada —mayor—, quedando a cargo del servicio de las Salas 5° y 7° del Hospital Militar Central. En 1893 ascendió a cirujano de división —teniente coronel— y fue destinado a unidades y comandos militares desplegados en el Litoral que participaron de la represión de las fuerzas revolucionarias levantadas contra el gobierno nacional. En 1894 continuó su desempeño en otras unidades, comandos y comisiones de servicio. Ese año recibió la ciudadanía argentina. En 1895 fue designado para integrar una comisión destinada a la compra de materiales y equipos sanitarios en Europa. Regresó a la Argentina en 1896 y solicitó la baja del Ejército para participar de la guerra de independencia de Cuba, la cual le fue concedida el 27 de julio de 1896; pero no concretó el viaje y solicitó su reincorporación, que obtuvo el 11 de septiembre de 1897. En 1898 fue nombrado director interino del Hospital Militar Central y ascendió a cirujano de ejército —coronel—. Entre septiembre de 1902 y diciembre de 1905 solicitó licencia por enfermedad y autorización para trasladarse a Europa. En septiembre de 1903 asistió en representación del gobierno argentino a la Conferencia Internacional de Ginebra —reunida para considerar modificaciones al convenio firmado el 22 de agosto de 1864—. De regreso al país, entre febrero y abril de 1906 fue director

---

<sup>4</sup> Actualmente no se dispone de una historia del cuerpo de sanidad del Ejército y, por tanto, un estudio más comprehensivo de dicho servicio debería dar cuenta en el futuro de las gestiones de todas sus autoridades entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX: Eleodoro Damianovich (1888-1997), José María Cabezón (1897), Alberto Costa (1897-1900), Marcial V. Quiroga (1900-1905), Carlos L. Villar (1905), Marcial V. Quiroga (1905-1907), Francisco de Veyga (1907-1910), Pacífico Díaz (1910-1914), Isidro Lobo (1913), Nicómedes Antelo (1914-1922), Julio R. Garino (1922-1929), Leónidas Facio (1929-1930), Alberto Levene (1930-1932) y Eugenio A. Galli (1932-1939).

<sup>5</sup> Ejército Argentino. Legajo Personal 13591. General de brigada Francisco de Veyga. Archivo General del Ejército.

“Dispositivos de administración burocrática en el Ejército y prestación del servicio de sanidad en unidades militares del territorio nacional (Argentina, 1907-1910)”

del Hospital Militar Central y –como se ha dicho- en abril de 1907 asumió como inspector general de Sanidad.<sup>6</sup>

En la UBA, en 1894 de Veyga fue designado profesor suplente en la Facultad de Ciencias Médicas y en 1899 profesor titular de la cátedra de Medicina Legal, donde enseñó jurisprudencia médica, tanatología, traumatología, criminología y psiquiatría forense. En 1897 impartió el primer curso dictado en el país sobre Antropología y Sociología Criminal; el Departamento Nacional de Higiene le encomendó una compilación comentada de legislación y jurisprudencia sobre profesión médica y disciplinas asociadas; el intendente municipal de Buenos Aires lo designó médico ayudante del servicio del doctor José Penna en la Casa de Aislamiento; y cumplió funciones como secretario de la Inspección General de Sanidad del Ejército. Para que los estudiantes tuvieran instancias de clínica práctica en su formación estableció un convenio con la Jefatura de Policía de la Capital Federal para desempeñarse como médico *ad honorem* del Depósito de Contraventores. De esa iniciativa nació el Servicio de Observación de Alienados, del cual de Veyga fue director. En 1901 nombró a su colega y amigo José Ingenieros como jefe de Clínica de dicho Servicio y desde 1902 éste lo reemplazó como director. En 1901 de Veyga fue designado secretario de la Comisión Directiva de la Liga Argentina contra la Tuberculosis.

En 1902 tuvo una participación decisiva en la fundación de la revista *Archivos de Criminología, Medicina Legal, Psiquiatría y Ciencias Afines*.<sup>7</sup> En 1905 con Ingenieros asistió como delegado argentino al V Congreso Internacional de Psiquiatría en Roma.<sup>8</sup> En 1906 la Facultad de Ciencias Médicas lo nombró miembro de la comisión encargada de la Morgue e Institutos anexos de dicha casa de estudios. Entre este último año y 1910, fue profesor de Psicología en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA y en 1908 miembro fundador de la Sociedad de Psicología de Buenos Aires. En 1907, con Antonio Ballvé creó el Instituto de Criminología de Buenos Aires dependiente de la Penitenciaría Nacional; y fue vocal de la Comisión Ejecutiva de la Sociedad Médica Argentina. Fue designado presidente de la Subsección Medicina y Cirugía Militar del Congreso Nacional de Medicina e Higiene celebrado en Buenos Aires en 1910 y ese mismo año fue nombrado vocal honorario del Departamento Nacional de Higiene. Durante su licencia en Europa y tras su pase a situación de retiro absoluto representó al gobierno argentino en la Oficina Internacional de Higiene Pública con sede en París. Falleció en la ciudad de Buenos Aires el 11 de octubre de 1948.<sup>9</sup>

Si destaco en forma sintética este perfil y trayectoria académica y profesional de Veyga es para enfatizar que su doble condición como médico y militar lo situaba en las intersecciones de dos esferas estrechamente conectadas en esos años. Por tanto, sus concepciones acerca de los proyectos y procesos de modernización, burocratización y profesionalización militar estaban informadas, a la vez, por saberes y prácticas médicas y militares. Su perfil y trayectoria son representativos de los médicos que dotaron al servicio de sanidad del Ejército de las capacidades institucionales necesarias para afrontar los problemas militares, sanitarios y sociales que imponía esa coyuntura crítica de incorporación masiva de soldados conscriptos a las unidades de todo el país.

### ***El servicio de sanidad del Ejército y el servicio militar obligatorio***

En agosto de 1908, la Inspección General de Sanidad contaba con 230 miembros, de los cuales 133 eran oficiales, 81 suboficiales enfermeros y 14 civiles. Los oficiales en su mayoría eran

<sup>6</sup> Ejército Argentino. Legajo Personal 13591. General de brigada Francisco de Veyga. Archivo General del Ejército.

<sup>7</sup> Entre 1903 y 1913 esa publicación pasó a denominarse *Archivos de Psiquiatría, Criminología, Medicina Legal y Ciencias Afines* y desde entonces como *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal* (Dovio, 2012).

<sup>8</sup> Para Alejandra Mailhe (2016), de Veyga, Ingenieros, José María Ramos Mejía, Lucas Ayarragaray y otros, conformaron un grupo intelectualmente cohesionado –una constelación intelectual- en torno del cual se organizaron los conocimientos en psiquiatría y criminología en la Argentina del cambio del siglo XIX al XX.

<sup>9</sup> Ejército Argentino. Legajo Personal 13591. General de brigada Francisco de Veyga. Archivo General del Ejército. De Veyga ha sido considerado uno de los protagonistas principales de la historia de la génesis de psicología, psiquiatría y criminología positivista en la Argentina (Vezzetti, 1985; Guy, 1994; Zimmermann, 1994; Salesi, 1994; Salvatore, 2001; Caimari, 2004; Sozzo, 2011; Dovio, 2012; Pégola, 2014; Mailhe, 2016; Allevi, 2017; Plotkin, 2021). Sin embargo, la historiografía no ha profundizado en su historia como médico-militar en el Ejército.

médicos, pero también había farmacéuticos y unos pocos dentistas.<sup>10</sup> A partir de información del Ministerio de Guerra, Aldo Avellaneda (2019, p.213) estima que en 1908 el Ejército poseía unos 11.610 soldados conscriptos, 1.155 soldados voluntarios y unos 700 individuos entre clases —sargentos y cabos— y oficiales. La atención sanitaria de esos 13.465 hombres dependía de esa reducida planta de personal del cuerpo de sanidad destinada en la Inspección General de Sanidad, el Hospital Militar Central, el Parque Sanitario Central, en el Colegio Militar de la Nación y en la Escuela de Clases, en el Hospital Militar Campo de Mayo y los Hospitales Regionales de Córdoba, Paraná y Salta, los comandos de las Regiones Militares 1° Capital Federal, 2° Sur, 3° Litoral, 4° Centro y Cuyo y 5° Norte y las unidades de infantería, caballería, artillería, ingenieros y elementos de logística de esas Regiones.

El servicio de sanidad no sólo atendía a las necesidades cotidianas de los comandos, institutos y unidades operativas del Ejército. La implementación del servicio militar obligatorio -sancionado por ley 4.301 de 1901- suponía encargarse de la revisión médica de los ciudadanos convocados en cada distrito militares del país. Como el cuerpo de sanidad no daba abasto con su personal, el Poder Ejecutivo Nacional debía nombrar médicos civiles como integrantes de las Juntas de Excepción Transitorias que exceptuaban a algunos ciudadanos de prestar dicho servicio por tener impedimentos psicofísicos.

De Veyga, sostenía que la sanidad del Ejército dependía de la situación sanitaria de los medios civiles de los cuales provenían los soldados conscriptos antes de su incorporación, de aquella existente en los medios civiles con los cuales interactuaban las tropas incorporadas en el curso de su vida cotidiana en campamentos y cuarteles o en el terreno durante las operaciones militares, y del estado sanitario de los propios campamentos y cuarteles. Una de las primeras órdenes que impartió como inspector general para mejorar el servicio fue suspender el traslado de pacientes con enfermedades infecto-contagiosas desde las unidades acantonadas en Campo de Mayo hacia el Hospital Militar Central en la ciudad de Buenos Aires, pues de ese modo se destruía “de golpe todo un sistema que, además de contravenir a las más elementales reglas del buen servicio, constituía un perjuicio grave para cierta clase de enfermos y un peligro no más serio para los pasajeros de la línea de evacuación y las poblaciones del tránsito” (de Veyga, 1908a, p. 25).<sup>11</sup> También dispuso que esta orden se ejecutara en las otras jurisdicciones militares y el 26 de septiembre de 1909 presentó al ministro de Guerra un proyecto de creación de pabellones de aislamiento destinados a enfermos infecciosos que debieran recibir tratamiento médico en los hospitales militares (de Veyga, 1909d).

Estos cambios acarrearón mejoras efectivas. Sobre la base de la información producida por los servicios de sanidad de las Regiones Militares del Ejército y sistematizada por la Inspección General de Sanidad, la comparación interanual 1906-1907 sobre morbilidad -número de enfermos- arrojó una disminución en las unidades de todas las Regiones Militares.<sup>12</sup> Desde la Inspección General de Sanidad consideraban que la disminución estaba asociada con ese mayor control sobre los efectos provocados en las unidades y hospitales militares por las enfermedades infecto-contagiosas, especialmente la influenza. La morbilidad cayó en un 40% respecto de 1906<sup>13</sup> y la mortalidad -cantidad de fallecidos- en un 50% en la comparación interanual (Ministerio de Guerra, 1908:6-7; de Veyga, 1908a, p. 10).<sup>14</sup>

Las mejoras en el servicio propiciadas y concretadas en 1907, no obstante, dejaban pendientes tres problemas graves no resueltos. El primero en orden de importancia eran los aspectos sanitarios no debidamente atendidos en el reclutamiento de los soldados conscriptos. De Veyga, el cirujano de brigada —mayor— Julio Garino y el cirujano de regimiento —capitán— Pedro Barbieri consideraban que las revisiones médicas a los ciudadanos convocados no se efectuaban

<sup>10</sup> Inspección General de Sanidad, 1908, pp. 225-230.

<sup>11</sup> El Hospital Militar Central de Buenos Aires localizado en la zona sur de la ciudad recibía enfermos provenientes de unidades de la Guarnición Militar de la Capital Federal, de Campo de Mayo y Liniers.

<sup>12</sup> De acuerdo con de Veyga (2008), la disminución de los casos hospitalizados no había implicado un aumento de casos tratados en las enfermerías de las unidades o en las cuadras de la tropa.

<sup>13</sup> Como veremos, las enfermedades venéreas constituían el segundo grupo de dolencias -detrás de las enfermedades infecto-contagiosas- que afectaban las unidades del Ejército.

<sup>14</sup> En términos absolutos, en 1906 se registraron 135 fallecimientos (47 en el Hospital Militar Central, 15 en Campo de Mayo, 20 en la 3° Región Militar, 11 en la 4° Región Militar y 43 en la 5° Región Militar) y en 1907 fueron 70 (19, 31, 8, 9 y 3, respectivamente). El único caso de incremento interanual correspondió a Campo de Mayo, pero de Veyga sostuvo que se trató por una causa extraordinaria ajena al servicio que no especificó.

“Dispositivos de administración burocrática en el Ejército y prestación del servicio de sanidad en unidades militares del territorio nacional (Argentina, 1907-1910)”

con suficiente rigurosidad, pues la necesidad de incorporar soldados en un breve período de tiempo contravenía la realización de un adecuado examen y selección de los incorporados de los que a menudo se esperaba –decían– “quien sabe si siempre con verdadera razón y prudencia, que el patriotismo servirá de contrapeso a la debilidad física o a las dolencias” que traían de su vida en el medio civil y que las exigencias del servicio militar y las fatigas de las campañas en el terreno agravaban (de Veyga, Garino y Barbieri, 1910, p. 366).<sup>15</sup> Las deficiencias en los exámenes médicos y atención sanitaria no sólo concernían a la instancia del reclutamiento sino durante el período en que los soldados conscriptos incorporados al Ejército prestaban el servicio militar; una vez incorporados tampoco eran objeto de un control sanitario adecuado. Por tal motivo, consideraba que era preciso verificar:

... que una vez entrados al medio militar, dichos elementos den prueba, en un plazo prudencial, de poseer el vigor que se requiere para soportar las fatigas de la nueva vida a la que se somete; es decir, hay que observarlos y aclimatarlos. Procediendo como actualmente se hace, ingresa a las filas un número considerable de hombres que, tan pronto sufren las consecuencias del cambio de medio, se enferman y aun se inutilizan para continuar en el servicio, sobre todo si llegan a adquirir enfermedades de larga duración. Puede afirmarse, sin temor de exageración, que todo soldado que cae atacado de ciertas enfermedades infecciosas al poco tiempo de su incorporación a las filas, es una baja segura para el Ejército; porque la convalecencia es lenta y precaria, cuando no lo coloca en condiciones de receptividad para nuevas afecciones o lo inutiliza, como ya dijimos, para continuar su servicio (de Veyga, 1908a, p. 28).

Este primer problema era de compleja resolución, dado que la Inspección General de Sanidad no contaba con una dotación de recursos de oficiales médicos, dentistas y farmacéuticos cuantitativamente adecuada para atender a la masa de oficiales, suboficiales y soldados del Ejército; en tanto que para efectuar el examen de aptitudes psicofísicas a ciudadanos convocados al servicio militar obligatorio, en virtud de ese déficit, se debía completar el cuadro de oficiales con médicos civiles contratados por algunos meses para que participaran de las revisiones médicas en los Distritos Militares distribuidos en todo el país.<sup>16</sup>

El segundo problema aludido por de Veyga era la falta de una adecuada higiene en cuarteles y campamentos. Esto se debía a que en el cambio del siglo XIX al XX las unidades militares transitaban el paso de lo que se ha denominado como el “ejército nómada” –cuyas unidades mudaban de emplazamiento conforme las misiones encomendadas- a su inscripción lugares que devinieron en su “asiento natural”. Ese cambio requirió –como veremos más adelante- reformas en los cuarteles existentes y de nuevos cuarteles, así como el abandono progresivo de campamentos.<sup>17</sup> Por último, el tercer problema era la falta de hospitales y materiales para atención sanitaria, pues, fuera del Hospital Militar Central de Buenos Aires, en el Ejército no existían establecimientos “dignos de ese nombre” (de Veyga, 1908a, p. 29).<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> Las excepciones en el cumplimiento del servicio militar obligatorio estaban motivadas en el reconocimiento de afecciones del cráneo, cara, fracturas y luxaciones de huesos; boca, ojos, nariz y oído, cuello, tórax, corazón y mediastino, abdomen, vejiga y órganos genitales; columna vertebral, pelvis, periné y miembros inferiores y superiores; enfermedades infecciosas y no infecciosas, del sistema nervioso, piel, músculos, tendones y sinoviales, vasos linfáticos y sanguíneos; intoxicaciones; enfermedades provocadas o simuladas de las vías digestivas, aparato respiratorio y circulatorio, órganos genitourinarios, de la visión y audición, de la piel y del tejido conjuntivo, del sistema locomotor; simulación de neurosis, epilepsia, neurastenia e histeria; simulación de enfermedades de alienación mental (manía, melancolía, demencia, delirios parciales); heridas simuladas y mutilaciones voluntarias (Inspección General de Sanidad, 1903, pp. 779-785).

<sup>16</sup> Conforme este diagnóstico de de Veyga, el ministro de Guerra informó al Congreso de la Nación que su cartera necesitaba recursos presupuestarios para: 1) construir hospitales y cuarteles con una infraestructura adecuada a los requerimientos sanitarios; 2) depurar eficazmente el contingente de ciudadanos convocados anualmente a prestar el servicio militar obligatorio mediante las revisiones médicas, a fin de reclutar sólo aquellos que estén en adecuadas condiciones sanitarias; 3) mejorar el tren logístico para la movilización del servicio en tiempos de paz con la construcción de un depósito especial para el material sanitario que, hasta entonces, se hacinaba en la Intendencia General de Guerra (Ministerio de Guerra, 1908, p. 7-8).

<sup>17</sup> Sobre el diagnóstico y las propuestas de los médicos militares para atender este problema: Soprano (2021c). Sobre la arquitectura militar del Ejército en la Argentina de las primeras décadas de siglo XX: Avellaneda (2021).

<sup>18</sup> Sobre la construcción del Hospital Militar Central y los Hospitales Divisionarios: Soprano (2019).

*Estadísticas de la sanidad militar*

Para adoptar resoluciones en bien del servicio era preciso contar con un sistema de información precisa y actualizada que permitiera establecer diagnósticos del estado sanitario de cada una de las unidades y comandos del Ejército en el territorio nacional. La producción de esa información no sólo dependía del recurso a saberes y prácticas académicas y profesionales de los oficiales médicos, sino del diseño e implementación de dispositivos de administración burocrática que sustentaran su adquisición y toma de decisiones por parte del cuerpo de sanidad en sus distintos niveles de conducción.

De acuerdo con el Ministerio de Guerra, el sistema de estadística llevado hasta 1907 no era suficientemente completo y, por tal motivo, fue modificado ese año para que las futuras estadísticas tuviesen en cuenta los factores cuyo estudio eran tenidos como importantes.<sup>19</sup> ¿Cómo podía mejorarse la producción de información para proveer de insumos necesarios para diagnosticar el estado sanitario del Ejército y tomar decisiones con la mayor brevedad y precisión posible? El insumo básico con que contaba la Inspección General de Sanidad eran las “planillas estadísticas” -estandarizadas por el servicio de sanidad- que eran completadas en cada unidad militar registrando el estado sanitario de sus oficiales, suboficiales y soldados. Dichas planillas clasificaban tipo de enfermedades y cantidad de casos. Esa información era remitida desde cada unidad al comando de Región Militar y desde allí a la Inspección General de Sanidad para su sistematización y la publicación de resultados por unidades y totales a nivel del Ejército.

¿Qué información procedente de las unidades y comandos militares consolidaban esas planillas elaboradas por la Inspección General de Sanidad? Por cada unidad de infantería, caballería, artillería, ingenieros y elementos logísticos anualmente se reunía la siguiente información:

1. Morbilidad general en cada unidad y total del Ejército, clasificando los casos en tres tipos de enfermedades: infecciosas, venéreas y comunes.
2. Enfermedades infecciosas en cada unidad y total del Ejército, clasificando los casos en once tipos de enfermedades: fiebre intermitente, influenza, fiebre tifoidea, parotiditis, roséola, sarampión, escarlatina, difteria, disentería, erisipela y tuberculosis.
3. Enfermedades venéreas en cada unidad y total del Ejército, clasificando los casos en tres tipos de enfermedades: blenorragia, chancro blando y sífilis.

El empleo de esas planillas estadísticas permitió reconocer que -incluso tras los cambios introducidos en 1907 en la administración de las enfermedades infecciosas- los casos de enfermedades registrados en el Ejército a nivel general y en cada unidad continuaban siendo elevados en términos absolutos:

**Cuadro 1. Cantidad de casos de enfermedades infecciosas, venéreas y comunes en el Ejército. 1907.**

Armas	Infecciosas	Venéreas	Comunes	Total
Infantería	1.837	741	4.735	7.313
Caballería	696	290	2.034	3.020
Artillería	678	353	1.295	2.326
Ingenieros	314	121	436	871
Tren	46	40	66	152
Total	3.571	1.545	8.566	13.682

*Fuente: elaboración sobre la base de información en: de Veyga (1908a, p.11)*

<sup>19</sup> Ministerio de Guerra, 1908, p.7.

“Dispositivos de administración burocrática en el Ejército y prestación del servicio de sanidad en unidades militares del territorio nacional (Argentina, 1907-1910)”

**Cuadro 2. Cantidad de casos de enfermedades infecciosas, venéreas y comunes en regimientos de infantería. 1907.**

Unidades/cuerpos	Infecciosas	Venéreas	Comunes	Total
Regimiento 1	107	45	226	378
Regimiento 2	129	20	151	300
Regimiento 3	67	51	276	394
Regimiento 4	103	51	204	358
Regimiento 5	52	68	374	494
Regimiento 6	161	58	312	531
Regimiento 7	122	59	400	581
Regimiento 8	109	37	182	329
Regimiento 9	30	118	431	579
Regimiento 10	141	85	504	730
Regimiento 11	133	18	166	317
Regimiento 12	68	9	192	269
Regimiento 15	46	12	61	119
Regimiento 16	57	31	428	516
Regimiento 17	270	8	227	505
Regimiento 18	136	33	160	329
Regimiento 19	64	25	277	366
Regimiento 20	42	13	163	218
Total	1.837	741	4.735	7.313

*Fuente: elaboración sobre la base de información en: de Veyga (1908a, p.12).*

En 1908, el cirujano de división (teniente coronel) Pío Isaac Acuña propuso la implementación de dos registros de administración sanitaria para nominalizar, ampliar y precisar la información del servicio de sanidad. Por un lado, la “Libreta Individual Médico-Militar” para registro de información “física” e “intelectual”, “antecedentes patológicos” y otros datos “etnológicos” y “etnográficos” de la tropa —sargentos, cabos y soldados—. <sup>20</sup> Dicha Libreta —complementaria de la Libreta Militar existente— sería de uso indispensable para el oficial médico y el jefe de la unidad; la misma sería completada en la unidad de destino de la tropa. La Libreta Individual Médico-Militar contendría la siguiente información (Acuña, 1908a: 311-325):

- Reclutamiento y unidad de destino: números de orden, sorteo y matrícula; región militar, zona, distrito, regimiento/grupo/batallón/escuadrón/compañía; sargento/cabo/soldado, fecha de ingreso al Ejército, tiempo de servicio, fecha de baja del servicio.
- Personal: nombre y apellido, lugar y fecha de nacimiento, edad, nacionalidad del padre y la madre, estado civil (soltero/casado/viudo), lugar de residencia al momento de su reclutamiento, profesión, clase.
- Antropométrica: raza (blanca/negra/indígena/mestiza), piel (albina/blanca/morena/de coloración normal), estatura, altura de busto, medida de la abertura de brazos, medida de longitud de la cabeza, forma y clasificación del cráneo, cabello y color del cabello, barba y color de la barba, frente, nariz, cejas, párpados, globo ocular, labios, boca, mentón, orejas, perfil y contorno de la cara, surcos y pliegues en la piel de la cara, ángulo facial, tórax, corpulencia, manera habitual de andar, gesticulaciones y mímica facial, hábitos particulares, modo de hablar, manera de vestir y su adaptación al cuerpo del individuo y su clase social, marcas particulares, peso en kilogramos, fuerza, grado de instrucción militar; modificaciones el peso, perímetro torácico y talla debidos al servicio.
- Sanitaria: salud de los padres, enfermedades heredadas y padecidas antes de su incorporación (sarampión/viruela/varicela/escarlatina/coqueluche/difteria/paperas/fiebre

<sup>20</sup> Las aptitudes físicas de los oficiales se consignaban desde 1905 en la *Foja de Concepto* y desde 1915-1916 en el *Informe Anual de Evaluación*.



## Germán Soprano

tifoidea/ fiebre palúdica/sífilis/reumatismo/ neumonía/otras) y relación de esas enfermedades con el medio y condición social.

- Vacunación y revacunación y resultados de la o las mismas.
- Examen de órganos y examen psíquico al ingresar al servicio.
- Aseo personal de la cabeza, boca, pies y otras partes del cuerpo.
- Enfermedades y tiempo de permanencia en la cuadra, enfermería u hospital.
- Huellas dactiloscópicas.

Por otro lado, Acuña proponía la creación de un “Registro Sanitario de Acuartelamiento” que debía llevarse en cada unidad y hospital militar para determinar “el valor higiénico de los cuarteles, naturaleza de las enfermedades reinantes y medidas profilácticas propias para combatirlas” y determinar las causas que producían los efectos consignados en las “planillas estadísticas” sanitarias (Acuña, 1908b, p. 485). Debía ser cumplimentado por el médico de la unidad o el director del hospital militar, conservando un ejemplar y enviado otro a la Inspección General de Sanidad. El Registro debía reunir datos sobre el perfil sanitario de la tropa, alimentación, vestimenta, equipo, ejercicios físicos y aseo personal. Esta información se obtenía principalmente de la sistematización de lo relevado en la Libreta Individual Médico-Militar de la tropa. El Registro también debía incorporar información sobre la infraestructura del cuartel y características de su entorno social:

- Topografía médica de la ciudad o localidad; disponibilidad de aguas de alimentación; letrinas y depósitos de inmundicias.
- Topografía del cuartel: historia del terreno del acuartelamiento y de sus construcciones; características y estado sanitario de las construcciones (diseño, amplitud del espacio, materiales, ventilación, calefacción, iluminación, etc.); disponibilidad de enfermería.
- Condiciones de vecindad: densidad de habitantes y salubridad del entorno del cuartel; establecimientos e industrias insalubres o peligrosas en los alrededores.
- Epidemiología del cuartel/hospital y de la ciudad/localidad en que aquel se sitúa: enfermedades habituales; receptividad comparada entre la población militar y la civil bajo influencias patógenas locales; morbilidad y mortalidad; mejoras y refacciones importantes que debieran hacerse concernientes a la higiene.

En febrero de 1910, el jefe del servicio sanitario de la 1º Región Militar —Capital Federal— presentó un informe a la Inspección General de Sanidad con los resultados de morbilidad de dicha Región en 1909. El informe se había elaborado sobre la base de las planillas estadísticas recientemente diseñadas. El cirujano de ejército —coronel— Modesto Lema Maciel se había hecho cargo de la sanidad en dicha Región en septiembre de 1909. Sostenía que las causas principales de morbilidad eran comunes en todas las Regiones Militares y consistían en enfermedades infecciosas, sarampión, parotiditis epidémica e influenza, especialmente, entre los meses de mayo y julio y principalmente en Campo de Mayo. Las enfermedades infecciosas que revestían mayor gravedad por la frecuencia de las complicaciones ocasionadas en el aparato respiratorio de los enfermos eran neumonía y bronco-neumonía asociadas en numerosos con el sarampión, las cuales ocasionaron una mortalidad superior a la de años anteriores (Lema Maciel, 1910, p. 51-52).

El reclutamiento e incorporación de soldados conscriptos procedentes de diversas partes del país a las unidades militares concentradas en Campo de Mayo era considerada la principal fuente de problemas sanitarios de la 1º Región Militar. De acuerdo con Lema Maciel:

Estas infecciones son desde años atrás un cortejo fatal de los primeros tiempos de cada conscripción. Algunas veces el origen de la infección, para el sarampión principalmente, remonta a los sitios de procedencia de los contingentes, en otras es importada durante el año por destacamentos que se reincorporan a su unidad después de haber permanecido en la Capital Federal en épocas epidémicas, pero en cualquier caso es el hacinamiento en los primeros momentos de la incorporación, la

“Dispositivos de administración burocrática en el Ejército y prestación del servicio de sanidad en unidades militares del territorio nacional (Argentina, 1907-1910)”

deficiencia en el aseo personal y en la higiene de los locales donde se concentran, que determinan su propagación con carácter epidémico, acrecienta la virulencia de sus gérmenes y hace ilusoria su extinción por las prácticas del aislamiento y desinfección (Lema Maciel, 1910, p. 52).

Lema Maciel proponía medidas profilácticas para mantener separados por un tiempo a los contingentes de soldados recién incorporados o que llegaban a Campo de Mayo procedentes de la Capital Federal o del interior del país de aquellos conscriptos que estaban asentados allí previamente. El tiempo prudencial de aislamiento era el que correspondía al período de incubación de las enfermedades infecciosas predominantes, siendo normalmente unos quince días.

También era preciso conocer cuáles eran las enfermedades prevalentes en las regiones o localidades de procedencia de los contingentes de soldados. A tal efecto, cabía elaborar un mapa de enfermedades correspondientes a la geografía y poblaciones de la Argentina, una iniciativa que el cuerpo de sanidad del Ejército irá concretando en los años siguientes.<sup>21</sup>

El aislamiento de los contingentes recién llegados y las medidas profilácticas no era de sencillo cumplimiento teniendo en cuenta que la deficitaria infraestructura militar de Capital Federal, Liniers y Campo de Mayo. Esa realidad no escapaba al diagnóstico de Lema Maciel:

En los Cuarteles de la Guarnición —Capital Federal—, Liniers y Campo de Mayo los alojamientos son en general higiénicos para un efectivo determinado de ochenta a cien hombres por cuadro, pero este número es generalmente pasado con exceso, lo que les hace perder sus condiciones de confort e higiene. Se agrega a ello, en el Campo de Mayo, la falta de agua en cantidad suficiente para uso de la tropa, implicando un hacinamiento en las peores condiciones de aseo personal... Los cuarteles no tienen locales especialmente contruidos para enfermerías, habiéndose habilitado con ese fin secciones de un pabellón en algunos u otro local que por lo general no responden a las exigencias para esta clase de alojamientos (Lema Maciel, 1910, p. 54).

Entre las enfermedades contagiosas que años anteriores habían presentado elevada cantidad de casos en Campo de Mayo se contaba la fiebre tifoidea. Lema Maciel señalaba que en 1909 sólo ocurrieron tres casos y fueron importados. Esa notable reducción de casos y el hecho de que no fueran de origen local se debían a la eliminación del abastecimiento de agua para la tropa procedente de pozos, tras demostrarse con estudios bacteriológicos que estaban contaminados.<sup>22</sup> En la Guarnición de la Capital Federal, asimismo, se habían producido cuatro casos de fiebre tifoidea, pero de personal procedente de fuera de esa jurisdicción. También allí se habían reducido a cuatro los casos de viruela porque se había procedido a una 4ª revacunación de los negativos anteriores en circunstancias en las que esta enfermedad se recrudecía en la población civil.

A su vez, los casos de peste bubónica fueron cuatro e inmediatamente se desinfectaron los cuarteles de Capital Federal, Liniers y Campo de Mayo mediante el empleo del “Aparato Marot”. Y las enfermedades venéreas —como se dijo más arriba— presentaban una abundante casuística, tanto en individuos que habían sido incorporados al servicio militar obligatorio poseyéndolas como en otros que las adquirían en el curso de la prestación militar. Lema Maciel señalaba que regularmente se impartían “conferencias” a los soldados para que tuvieran “cuidados preventivos” y, en el caso de Campo de Mayo, se coordinó con las autoridades civiles para adoptar medidas para evitar la “contaminación de la tropa”.<sup>23</sup>

<sup>21</sup> En otro trabajo en proceso de elaboración nos ocuparemos de la producción por parte de la sanidad militar del Ejército de un mapa de enfermedades existentes en la Argentina que afectaban a las tropas a principios del siglo XX.

<sup>22</sup> Sobre las medidas profilácticas respecto de la fiebre tifoidea: de Veyga (1908b y 1909c).

<sup>23</sup> En otro trabajo (Soprano, 2021c) se aludió a cuáles eran esas medidas que en este informe Lema Maciel no refiere, pero sobre las que abundó en otro informe en 1903 (Lema Maciel, 1903).

### *Profilaxis de las enfermedades infecciosas*

Considerando este diagnóstico sanitario del Ejército, desde la Inspección General de Sanidad se diseñaron e implementaron medidas para prevenir la aparición y difusión de enfermedades infecciosas en campamentos y cuarteles. La profilaxis –decía el inspector general- resultaba de las prescripciones técnicas producidas por los médicos de sanidad y puestas en ejecución por el comando militar correspondiente en cada Región Militar, Guarnición o por el jefe de una unidad, comprendiendo tres tipos de medidas: higiene individual, higiene colectiva e inmunización por vacunación. Ese “trípode” tenía su “primera protección” en la higiene individual del soldado; pero, ésta, por sí sola no alcanzaba, pues era preciso asegurar la higiene del ambiente cotidiano. La vacunación, por último, inoculaba sustancias en el cuerpo de los individuos que actuaban de forma refractaria contra las enfermedades infecciosas (de Veyga, 1910a).

La vigilancia cotidiana del estado de la salud de los soldados en las unidades militares requería de los cuidados e intervención del personal de sanidad y también de oficiales, sargentos y cabos de las armas del cuerpo combatiente. El orden y la disciplina castrense –a diferencia de lo que sucedía en los medios civiles- eran considerados dispositivos eficaces para la profilaxis, pues, como decían de Veyga, Garino y Barbieri, “hace practicables ciertos procedimientos sobre cuya rigidez de ejecución hay que contar a fin de que las medidas preventivas produzcan el resultado que de ellas es dado esperar” (de Veyga, Garino y Barbieri, 1910, p. 357).

Mediante la identificación temprana y el aislamiento de los casos de enfermedades infecciosas en campamentos y cuarteles, los médicos militares podían contrarrestar o impedir la propagación de epidemias. Cuando existían enfermedades infecciosas debían proceder a la desinfección de todos los objetos personales de los soldados afectados. Si la epidemia se propagaba, el aislamiento no sólo debía comprender a los enfermos sino a todos aquellos que hubieran tenido contacto estrecho con los primeros o fuesen sospechosos de ser portadores de la enfermedad, llegando incluso a aislar toda la unidad militar hasta tanto su personal fuese declarado inocuo, se probara su inmunidad o fuesen dados de alta preferentemente tras un examen bacteriológico. Si el personal afectado por una enfermedad infecciosa solicitaba autorización para una “salida” al “medio civil” –cualquiera fuese el motivo- sólo podría obtenerla tras el alta médica para no propagar la enfermedad entre los civiles. En lo posible debía demorarse el reclutamiento e incorporación de nuevos soldados conscriptos procedentes de localidades afectadas por una epidemia, así como evitar incorporarlos a las unidades militares en estado de epidemia, trasladar tropas a campamentos o cuarteles infectados, sumar unidades afectadas por una epidemia o elementos de las mismas a ejercicios militares en el terreno. También se evitaría el traslado de tropa enferma hacia otros cuarteles o campamentos y, cuando fuera necesario, debían extremarse los cuidados para no contagiar a otras tropas o la población civil en los desplazamientos de las unidades o de sus elementos.

Todas estas medidas debían cumplirse rigurosamente y eran responsabilidad del cuerpo de sanidad y de los jefes de unidades y comandos militares. Además, de Veyga formuló instrucciones específicas sobre “profilaxis humana” en relación con cada una de las enfermedades que podían presentarse en las unidades del Ejército: fiebre tifoidea, viruela, sarampión, escarlatina, difteria, erisipela, paperas, influenza, fiebre intermitente, neumonía aguda infecciosa, meningitis cerebro-espinal epidérmica, carbunco, tétanos, lepra, rabia, fiebre amarilla, peste bubónica y difteria (De Veyga, 1910a y 1910b; Inspección General de Sanidad, 1910a).

Las instrucciones de “profilaxis humana” debían ser impartidas por los médicos militares en las unidades ante oficiales, suboficiales y soldados y debían hacerlo de un modo no doctrinario, sino por medio de una “enseñanza” y “propaganda” que se sirva de un lenguaje “esencialmente práctico” adaptado a los conocimientos legos del auditorio. Los médicos militares debían visitar diariamente a la tropa en los sitios en que se encontrase y efectuar quincenalmente una revisión exhaustiva de la misma. A su vez, a mediano plazo, el cuidado de la sanidad de la tropa se vería beneficiado con nuevas obras de infraestructura y mejoras en los cuarteles, incorporando los adelantos de la “ingeniería sanitaria” en relación con su ubicación, ventilación, provisión de

“Dispositivos de administración burocrática en el Ejército y prestación del servicio de sanidad en unidades militares del territorio nacional (Argentina, 1907-1910)”

agua potable, alojamientos de desperdicios y materias fecales y excrementicias.<sup>24</sup> También se insistía en que la importancia de la calidad de la alimentación, higiene de los alimentos y el agua potable en la salud de la tropa (de Veyga, Garino y Barbieri, 1910).

### ***Higiene individual del soldado y de las unidades militares***

Un Ejército “fuerte y vigoroso” requería no sólo de adecuadas medidas de profilaxis en campamentos y cuarteles y en el terreno en campaña, sino del cuidado de la higiene individual del soldado. Los cirujanos de división —tenientes coroneles— Enrique Pietranera y Pedro G. Rivero sostenían que era necesario instruir a los soldados en la “cultura del sentimiento de limpieza corporal”. Dicha cultura —decían— no había sido adquirida por los soldados en los medios civiles. De modo que el Ejército debía impartir una “educación esmerada y constante” e inculcar un “sentimiento de moralidad e higiene personal” con el fin de “perpetuar una raza fuerte, vigorosa y moral” y desarrollar un “sentimiento de la dignidad personal” aunada al “sentimiento de patria” (Pietranera y Rivero, 1910, pp. 674-675).

La desinfección individual del soldado en tiempo de paz y de guerra era importante en la profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas y debía llevarse a cabo en soldados sanos —a efectos de disponer de un combatiente preparado para el tiempo de guerra— y en soldados enfermos —para reducir la morbilidad y mortalidad—. En tiempo de paz la desinfección individual debía comenzar con los cuidados de la piel de la incidencia de sustancias externas —polvo, parásitos, partículas de ropa— y de otras emanadas del cuerpo —sudor, secreciones, sebáceas, restos epiteliales—. “El soldado entonces debe ser limpio para beneficio propio y el de sus compañeros; es esta una verdad de la que todo militar debe estar absolutamente convencido y a cuya difusión todos estamos obligados a contribuir” (Pietranera y Lavalle, 1910, p. 676).

Para garantizar ese objetivo era necesario un baño diario de lluvia —no de inmersión— con agua caliente o fría —dependiendo de la estación del año— y con jabón. Los oficiales o suboficiales debían vigilar que los soldados siguiesen el procedimiento de mojarse, jabonar todas las partes del cuerpo y enjuagarse —todo en un tiempo previsto de no más de cinco minutos—. El corte de pelo y la limpieza del cuero cabelludo eran fundamentales para evitar parásitos. A los soldados afectados por “piojos”, “ladillas” y sus “liendres” debía aplicárseles por fricción una “pomada mercurial doble” y eliminar las “liendres” con ácido acético caliente diluido. Para los ácaros de la sarna debía recurrirse a pomadas a base de azufre. También debía cuidarse la higiene de la nariz y orejas; para la boca y los dientes emplear cepillo de dientes y jabón y hacer gárgaras con antisépticos para la garganta. La revisión odontológica era necesaria. Se debía prestar especial atención a la higiene de las axilas, pies y órganos genitales. Los soldados recibían, además, instrucciones específicas de limpieza antes y después del coito (Pietranera y Lavalle, 1910, pp. 676-680).

En tiempo de guerra o en campaña las exigencias en los cuidados de la sanidad de la tropa debían intensificarse, pues los soldados estaban mucho más expuestos a enfermedades como consecuencia de las exigencias físicas y morales y las condiciones de salubridad deficiente o insalubre del terreno. El teatro de operaciones, no obstante, no siempre hacía posible el cumplimiento de tales exigencias. La higiene del cuerpo podía realizarse con un paño humedecido. Las manos debían limpiarse especialmente después de defecar. El cepillo de diente debía integrar el equipo individual del soldado. El personal militar de sanidad y de las armas debía prestar especial atención a las enfermedades infecciosas que afectaban a los intestinos y el cuidado de los pies —ampollas, escoriaciones e infecciones producidas en las marchas, los efectos de una prolongada exposición al agua, humedad, transpiración, polvo y frío— (Pietranera y Rivero, 1910, pp. 686-688).

### ***Construcción de cuarteles modelo***

Se ha señalado en otros trabajos (Avellaneda, 2021; Soprano, 2021c) que los campamentos y cuarteles que disponía el Ejército en el cambio del siglo XIX al XX no estaban preparados para

---

<sup>24</sup> Sobre los procedimientos para provisión, purificación y conservación de agua potable: Acuña (1910) y Lavalle (1910).

alojar en condiciones higiénicas de soportar la incorporación masiva de soldados conscriptos. La precariedad de los campamentos militares era una situación transitoria esperable, pero las deficiencias de los cuarteles debían ser subsanadas, en particular, las construcciones defectuosas, los alojamientos improvisados y antihigiénicos y la superpoblación de los locales. Su desinfección era una medida profiláctica que debía seguirse conforme instrucciones precisas (Pietranera y Rivero, 1910, pp. 698-737). Desde principios del siglo XX, algunos médicos militares instalaron un concepto orientador de las reformas constructivas que requerían las instalaciones militares: el “cuartel higiénico” o “cuartel modelo” (Cabezón 1903).

El cirujano de ejército (coronel) José María Cabezón consideraba que los factores que determinaban la construcción y localización de los cuarteles eran el clima, los materiales de construcción disponibles y las costumbres y hábitos locales en cada región del país; por ello, era aconsejable diseñar desde un punto de vista “científico” y “racional” tres tipos de “cuarteles modelo”: 1) de clima frío extremo; 2) de clima cálido; 3) de zona templada.

Los cuarteles de clima frío extremo para la Patagonia y Tierra del Fuego debían poseer construcciones de estilo ruso, noruego o sueco con pabellones aislados para no más de 20 o 25 hombres, con paredes gruesas de ladrillo, adobe o piedra, de madera con doble tabique o de cemento armado, con excelente calefacción y ventilación interior, con puertas y ventanas orientadas al Norte-Este para aprovechar el calor e iluminación solar diurna, con las cuadras comunicadas por galerías cubiertas y con puertas o mamparas corredizas que permitan su aireación, con salas de día para reunión de la tropa y baños de lluvia de agua caliente (Cabezón, 1910, p. 778-779). Los cuarteles de clima cálido para el noroeste y noreste argentino debían tomar como modelo construcciones coloniales europeas con edificios conectados por amplias galerías y verandas, ventilación y aireación refrigerante, grandes piletas de natación, gimnasios, patios con jardines y arboledas para soportar las altas temperaturas en verano (Cabezón, 1910, p. 779). Por último, para los cuarteles de zona templada servían de modelo las modernas construcciones que se estaban haciendo en Campo de Mayo o el cuartel de Caballería de Barrancas de Belgrano. Este último cuartel fue concluido en 1909:

Su orientación, insolación, disposición de pabellones para tropa, de una capacidad total para 500 hombres con sus caballerías, es irreprochable: bien elegidas y distribuidas todas sus dependencias, así como su material de construcción, de cemento armado, le aseguran una duración indefinida. Las cuadras son pabellones aislados y paralelos con galerías y corredores cubiertos por sus cuatro costados, y unidos entre sí por galerías techadas y con veredas. Amplios patios y jardines lo circundan. Su vista de conjunto es admirable. Los pabellones son suficientemente ventilados e iluminados por grandes vitrinas, ventanas y puertas que en número suficiente se abren a cada costado lateral; capacidad de aire por persona bien asegurada, y caben 57 soldados por cada una. Piso impermeable de baldosa. Lechos de hierro de levantar durante el día. Lavatorios, baños y letrinas en el fondo, deficientes en los detalles, y algo anticuados. Lo mismo las cocinas de tropa. Deberían ser eléctricas. Los comedores excelentes. Las caballerizas bastante buenas. La iluminación, eléctrica. Hay tanques sépticos, y servicio cloacal; el agua de superior calidad se extrae de la tercera napa, por bombas a vapor, y se distribuye en un gran depósito de capacidad suficiente para todas las necesidades, a 25 metros de altura. Los comedores espaciosos y ventilados, bien alumbrados, sirven de sala de descanso de día. Hay billares y cantinas. Magnífico y lujoso el gran edificio de altos que sirve para la Dirección y Mayoría del Cuerpo (Cabezón, 1910, p. 780-781).<sup>25</sup>

Todo “ingeniero sanitario” o el “higienista militar” –decía Cabezón– debía tener en cuenta las siguientes variables para diseñar y construir un “cuartel modelo”: 1) clima y materiales de construcción; 2) orientación del sol, naturaleza del suelo, secado y drenado; 3) disposición paralela de los pabellones para la tropa, con capacidad para 30 hombres, aislados,

---

<sup>25</sup> El único importante defecto que tenía era que carecía de calefacción; pero Cabezón decía que esto podía subsanarse.

“Dispositivos de administración burocrática en el Ejército y prestación del servicio de sanidad en unidades militares del territorio nacional (Argentina, 1907-1910)”

comunicándose entre sí por galerías o corredores exteriores ventilados, iluminados y con buen cubaje de aire respirable; 4) alumbrado artificial eléctrico con maquinaria propia; 5) ventilación; 6) producción de agua potable con maquina propia; 7) sala para baños diarios urinarios y letrinas con inodoros con agua de circulación continua; 8) vestuarios; 9) salas de día; 10) cocinas eléctricas; 11) calefacción general automática y horno crematorio de basuras; 12) enfermería y sala de primeros auxilios; 13) aguas filtradas y estufa de desinfección a vapor; 14) paredes revocadas y pisos impermeables; 15) ventiladores en los techos de las cuadras; 16) teléfonos, tubos acústicos y avisadores; 17) pintura general de color blanco; 18) jardines en patios amplios; 19) gimnasios y juegos, bibliotecas, casinos; 20) despensas con heladeras, puertas y ventanas de alambre en las cocinas y carritos de transporte de comida con sistema de calentamiento; 21) pararrayos y bocamangas de incendios en los edificios; 22) caballerizas alejadas de los edificios y orientadas a los vientos; 23) salivaderas y pequeños depósitos para basura (Cabezón, 1910, pp. 781-782).

La construcción de un “cuartel modelo” implicaba una importante erogación pública. Sin embargo, Cabezón decía que si los edificios del Poder Legislativo y Judicial, de la universidad e incluso de algunas escuelas y hospitales se construían conforme a modernas normas de confort y estricta higiene pública:

¿Por qué no aspirar a que nuestro ciudadano armado, que ofrece su vida a la patria, no esté igual y dignamente alojado, como el niño escolar, el enfermo, en palacios dignos de la culta ciudad, de la ciencia moderna, de nuestro adelanto militar y social? ... no se concibe por qué el ciudadano en armas que servirá a su patria un año, dos años consecutivos y que debe alojarse y vivir la mayor parte del día y de la noche en sus cuarteles, no se concibe por qué motivo no debe disponer también de edificios análogos a los que disponen transitoriamente los demás ciudadanos, en las otras funciones variadas de la vida colectiva (Cabezón, 1910, pp. 783-784).

Los ejércitos europeos como el británico o el alemán poseían cuarteles que constituían referencias indispensables. Cabezón sostenía que en la Argentina se estaba abriendo una “nueva era” en la construcción de cuarteles. Es por ello que de Veyga, le encomendó ocuparse de los proyectos en curso sobre el tema en el Ejército, pues las estadísticas demostraban que la morbilidad y mortalidad era muy superior entre los militares alojados en edificios inadecuados y antihigiénicos, y que hasta la disciplina y el espíritu militar y de cuerpo se fortalecían cuando la tropa estaba alojada en “cuarteles cómodos y confortables, sanos e higiénicos” (Cabezón, 1910, p. 784).

### ***Normalización del material y equipo de las unidades sanitarias***

Otro dispositivo burocrático administrativo que adoptó de Veyga fue normalizar el tipo y cantidad de materiales y equipos sanitarios que de cada unidad militar (regimiento, escuadrón, grupo o batallón) conforme a la composición de su personal y aquellos que demandaba las operaciones y el medio ambiente en que se encontraba su asiento y donde se desplegaban. El 15 de julio de 1907 elevó una nota al ministro de Guerra con el proyecto de decreto de creación de las Unidades Sanitarias del Ejército para el servicio en tiempo de paz. De Veyga buscaba resolver un problema: en 1907 cada unidad solicitaba a la Inspección General de Sanidad los materiales y equipos que consideraba necesitaba y ésta los proveía de acuerdo con su disponibilidad en el Parque Sanitario Central de Buenos Aires. Este mecanismo era económicamente deficiente por derroche y generaba desigualdades en la provisión de recursos entre las unidades militares. De modo que, normalizó la dotación de materiales y equipos que dispondría cada unidad y fijó las reglas para su aprovisionamiento y reaprovisionamiento; y propuso crear a mediano plazo Parques Sanitarios en las Regiones Militares de todo el país y reorganizar el Parque Sanitario Central.

La dotación de materiales y equipos sanitarios –tanto por su cantidad como por sus características- debía ser distinta según correspondiera a enfermerías de cuerpos o de unidades, hospitales de cuerpos, de brigada o divisionarios/regionales. El material y equipo se clasificaba

en medicamentos, sustancias desinfectantes (sustancias y aparatos), útiles y envases de farmacia, instrumentos de cirugía, instrumentos y aparatos clínicos, instrumentos de curación, material de enfermería, impresos y útiles de escritorio; material hospitalario de toda clase (cama, ropa, útiles de cocina, de servicio, rancho y mesa) y mobiliario para el servicio administrativo. Para administrar este sistema, la Inspección General de Sanidad elaboró planillas de cinco columnas para enfermerías de cuerpo y hospitales militares que definían: 1) tipo de material o equipo; 2) unidades (por ejemplo: paquetes, pastillas, envases, etc.); 3) cantidad de unidades; 4) elemento del Ejército que proveía el material o equipo; 5) observaciones (de Veyga, 1909a, pp. 61-89).

La iniciativa de de Veyga recibió aprobación por decreto del presidente Figueroa Alcorta el 23 de mayo de 1909.<sup>26</sup> El decreto clasificaba las Unidades Sanitarias del Ejército en: 1) Enfermerías de Cuerpo destinadas a la asistencia temporal de enfermos de tropa no hospitalizables asistidos en su propio regimiento, escuadrón, grupo u otro elemento. 2) Hospital de Guarnición de 2º Clase para asistir a los enfermos hospitalizables en las guarniciones compuestas por un solo cuerpo o unidad. 3) Hospital de Guarnición de 1º Clase para enfermos hospitalizables de guarniciones de más de un cuerpo o unidad o de tropas equivalentes. 4) Hospital Divisionario para enfermos de tropa hospitalizables en guarniciones o acantonamientos superiores a mil hombres (de Veyga 1909b). A cada una de esas Unidades Sanitarias se le asignaba de modo normalizado una determinada dotación de recursos en materiales y equipos. Por ejemplo, en marzo de 1910, el Depósito Sanitario Central, efectuó un movimiento mensual de materiales y equipos a las Regiones Militares que incluyó: cajones de medicamentos, fardos de algodón y latas, tubos de anhídrido sulfúrico, libros e impresos, un carro sanitario de dos ruedas y un carro de transportes de heridos, un cajón de útiles varios, bañaderas, barricas y carpas reglamentarias completas (Inspección General de Sanidad, 1910b).

### *Reflexiones finales*

Desde la sanción en 1888 de su Ley Orgánica, el cuerpo de sanidad del Ejército no fue ajeno a los procesos de modernización, burocratización y profesionalización militar proyectados y desarrollados en el cambio del siglo XIX al XX. Dichas iniciativas, sin embargo, no se produjeron sin dificultades en su implementación, marchas y contra marchas en las tomas de decisiones y resistencias u oposiciones a los cambios provocadas por actores o por determinaciones sociales que contravenían sus orientaciones. Por tal motivo, dichos procesos no fueron lineales ni obraron en forma teleológica.

En esta oportunidad, nos centramos en la gestión de Francisco de Veyga como inspector general de Sanidad entre 1907-1910. En el curso de la misma se diseñaron e implementaron dispositivos de administración burocrática destinados regular la prestación del servicio sanitario del personal militar y los soldados en campamentos, cuarteles y en campaña, prescribiendo sus formas y empleos en tiempo de paz y de guerra. Tal como demostró la historiografía sobre la historia de la psicología, psiquiatría y criminología en la Argentina, por sus conocimientos, experiencias y liderazgo académico, profesional e institucional, de Veyga ha sido reconocido como una referencia decisiva en esas disciplinas en la universidad, en diversas agencias estatales y asociaciones profesionales y científicas. Sin embargo, su perfil y trayectoria como militar es poco o mal conocida. Y dada su simultánea circulación personal y la de sus ideas entre las esferas civil y castrense de la época, es necesario relacionar su condición y producción académica y profesional como militar con aquello que la historiografía conoce mejor, cual es, su contribución al desarrollo de la psicología, psiquiatría y criminalística. En este sentido, este trabajo es complementario de los resultados alcanzados por la historiografía de estos últimos tres campos disciplinares acerca de de Veyga y su participación –como sostiene Alejandra Mailhe (2016)– en esa constelación intelectual, a la cual hay agregar el universo castrense.

Respecto de los dispositivos de administración burocrática diseñados y/o implementados en la gestión de de Veyga como inspector general de Sanidad, se concluye que, por un lado, algunos

---

<sup>26</sup> De Veyga elevó el proyecto de decreto de reorganización de aprovisionamiento y reaprovisionamiento sanitario al ministro de Guerra en octubre de 1908.

“Dispositivos de administración burocrática en el Ejército y prestación del servicio de sanidad en unidades militares del territorio nacional (Argentina, 1907-1910)”

se concretaron entre 1907 y 1910 e introdujeron mejoras sensibles o resolvieron problemas sanitarios existentes en el Ejército. Tal fue el caso de: 1) La elaboración sistemática de estadística sanitaria por unidad, comando de Región Militar y general del Ejército empleada como diagnóstico y para la toma de decisiones por parte de las diversas jerarquías de la conducción militar en todo el territorio nacional. 2) Las instrucciones para la profilaxis de enfermedades infecto-contagiosas en campamentos y cuarteles. 3) Las instrucciones para la higiene individual del soldado y de las unidades militares. 4) La sanción de un reglamento para aprovisionamiento y reaprovisionamiento normalizado de materiales y equipos sanitarios de las unidades, hospitales militares y comandos regionales.

Por otro lado, otros dispositivos sólo fueron propuestos o diseñados en esos años, por ende, los problemas que buscaban resolver continuaron reproduciéndose en el Ejército. Este fue el caso de los dispositivos concebidos para: 1) Mejorar los procedimientos de la revisión psico-física de los ciudadanos convocados en los Distritos Militares del país para el servicio militar obligatorio, a fin de contar con una tropa mejor preparada para esa prestación militar y evitar la incorporación de soldados portadores de enfermedades infecto-contagiosas. 2) Dotar al Ejército de cuarteles modelo o bien efectuar reformas estructurales en los existentes. 3) Implementar la Libreta Individual Médico-Militar y el Registro Sanitario de Acuartelamiento. 4) Conformar Parques Sanitarios Regionales y reorganizar del Parque Sanitario Central en el marco de un proceso de descentralización del servicio de sanidad.

Estos dispositivos diseñados y/o implementados durante la gestión de de Veyga buscaron atender problemas sanitarios reconocidos por los médicos militares argentinos en la coyuntura crítica abierta por la incorporación masiva de jóvenes al Ejército con las conscripciones de 1896, 1897 y 1898 y desde 1901 con la implementación de la Ley del Servicio Militar Obligatorio. Este artículo es una contribución parcial a la comprensión de esa coyuntura desde el estudio de las perspectivas y experiencias de los médicos militares y en el marco de una investigación de más largo aliento sobre la historia del cuerpo de sanidad del Ejército desde la sanción de su Ley Orgánica en la década de 1880 hasta los cambios orgánicos producidos en esa Fuerza en vísperas de la Segunda Guerra Mundial.

## **Bibliografía**

- Acuña, P. I. (1908a). Proyecto de Libreta Individual Médico-Militar. *Boletín de Sanidad Militar*, VII (7), 485-491.
- Acuña, P. I. (1908b). Proyecto de Registro Sanitario de Acuartelamiento, etc. para nuestro Ejército. *Boletín de Sanidad Militar*, VII (5), 311-325.
- Acuña, P. I. (1910). Purificación y conservación de agua de consumo para tropas en campaña. *Boletín de Sanidad Militar*, IX (6), 384-463.
- Allevi, J. I. (2017). La creación clínica de normas sexuales. Nosología, patologización y contramodelos sexuales en la Penitenciaría Nacional de Buenos Aires (Argentina, 1901-1904). *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, 26, 126-147. Recuperado de: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/28222>
- Avellaneda, A. (2017). El ciudadano de las barracas. Genealogía del servicio militar como problema y preocupación en los cuadros militares argentinos en la esquina de los siglos XIX-XX. *Coordenadas: Revista de Historia Local y Regional*, 4 (1), 57-86. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6070376>
- Avellaneda, A. (2019). Mundo militar y gobierno a distancia. Redes para el enrolamiento y sorteo militar de los jóvenes entre 1880 y 1910 en Argentina. *Pasado Abierto*, 10, 204-241. Recuperado de: <https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/pasadoabierto/article/view/3659>
- Avellaneda, A. (2021). El soldado y sus canteras. Hacia una nueva arquitectura en los espacios militares de las primeras décadas del siglo XX en Argentina. *Cuadernos de Marte. Revista Latinoamericana de Sociología de la Guerra*, 20, 146-180. Recuperado de: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/cuadernosdemarte/article/view/6742>
- Avellaneda, A. y Quinterno, H. (2021). Nuevas claves para el estudio de la historia militar argentina. Por una mirada más allá de la “Ley Riccheri”. *Cuadernos de Historia, Serie Economía y Sociedad*, 26-27, 67-102. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/cuadernosdehistoriaeys/article/view/33554>
- Cabezón, J. M. (1903). Construcción de cuarteles y hospitales. *Anales de Sanidad Militar*, V (11), 1101-1109.
- Cabezón, J. M. (1910). El cuartel modelo según los diversos climas y las exigencias actuales de la higiene militar. *Boletín de Sanidad Militar*, IX (9-12), 773-784.
- Caimari, L. (2004). *Apenas un delincuente. Crimen, castigo y cultura en la Argentina, 1880-1955*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Cornut, H. (2018). *Pensamiento militar en el Ejército Argentino (1920-1930). La profesionalización, causas y consecuencias*. Buenos Aires: Argentina.



## Germán Soprano

- De Veyga, F. (1908a). El estado sanitario del Ejército durante el año 1907. *Boletín de Sanidad Militar*, VII (1), 9-30.
- De Veyga, F. (1908b). Profilaxia de la fiebre tifoidea en el Ejército Argentino. *Boletín de Sanidad Militar*, VII (6), 415-418.
- De Veyga, F. (1909a). Las unidades sanitarias en tiempo de paz del Ejército Argentino y su reaprovisionamiento. *Boletín de Sanidad Militar*, VIII (2), 61-89.
- De Veyga, F. (1909b). La nueva reglamentación de unidades sanitarias del Ejército. *Boletín de Sanidad Militar*, VIII (8), 341-344.
- De Veyga, F. (1909c). Instrucciones para el estudio de las aguas potables en los establecimientos militares. *Boletín de Sanidad Militar*, VIII (5), 169-182.
- De Veyga, F. (1909d). Pabellón de aislamiento para asistencia de enfermedades infecto-contagiosas en los hospitales militares. *Boletín de Sanidad Militar*, VIII (10), 461-465.
- De Veyga, F. (1910a). Las actuales instrucciones sobre profilaxia humana para el Ejército. *Boletín de Sanidad Militar*, IX (4), 173-208.
- De Veyga, F. (1910b). Las actuales instrucciones sobre profilaxia humana para el Ejército (continuación). *Boletín de Sanidad Militar*, IX (5), 265-297.
- De Veyga, F.; Garino, J. y Barbieri, P. (1910). Profilaxis de enfermedades infecto-contagiosas en tropas y expediciones terrestres. *Boletín de Sanidad Militar*, IX (6), 357-371.
- Dick, E. (2014). *La profesionalización del Ejército Argentino (1899-1914)*. Buenos Aires: Academia Nacional de Historia.
- Dovio, M. A. (2012). La noción de “mala vida” en la revista *Archivos de psiquiatría, criminología, medicina legal y ciencias afines* en relación al higienismo argentino. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea], Debates. Recuperado de: <https://journals.openedition.org/nuevomundo/63961>
- García Molina, F. (2010). *La prehistoria del poder militar en la Argentina. La profesionalización, el modelo alemán y la decadencia del régimen oligárquico*. Buenos Aires: Eudeba.
- Guy, D. (1994) [1989]. *El sexo peligroso. La prostitución legal en Buenos Aires. 1875-1955*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Inspección General de Sanidad (1908). Situación de revista del personal del cuerpo de sanidad del Ejército. *Boletín de Sanidad Militar*, VII (3), 225-230.
- Inspección General de Sanidad (1903). 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 (1910a). Epidemiología. Instrucciones para la profilaxis de la disenteria. *Boletín de Sanidad Militar*, IX (4), 227-231.
- Inspección General de Sanidad (1910b). Movimiento del Depósito Sanitario Central. *Boletín de Sanidad Militar*, IX (5), 259.
- Lavalle, F. P. (1910). La purificación del agua para uso del Ejército en campaña. *Boletín de Sanidad Militar*, IX (7), 738-749.
- Lema Maciel, M. (1903). Sección Oficial. *Anales de Sanidad Militar*, V (7), 665-668.
- Lema Maciel, M. (1910). La morbilidad en la primera Región Militar durante el año 1909. *Boletín de Sanidad Militar*, IX (2), 51-62.
- Mailhe, A. (2016). *Archivos de psiquiatría y criminología 1902-1913: concepciones de la alteridad social y del sujeto femenino*. La Plata: Biblioteca Orbis Tertius.
- Ministerio de Guerra (1908). El servicio sanitario del Ejército durante el año 1907. *Boletín de Sanidad Militar*, VIII (1), 6-8.
- Pérgola, F. (2014). *Historia de la medicina argentina*. Buenos Aires: Eudeba.
- Pietranera, E. y Rivero, P. G. (1910). Desinfección individual y de locales en tiempo de paz y de guerra. *Boletín de Sanidad Militar*, IX (7), 674-737.
- Plotkin, M. (2021). *José Ingenieros. El hombre que lo quería todo*. Buenos Aires: Edhasa.
- Quinterno, H. (2014). *Fuego amigo. El Ejército y el poder presidencial en la Argentina (1880-1912)*. Buenos Aires: Teseo.
- Salessi, J. (1994). *Médicos, maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación Argentina (Buenos Aires: 1871-1914)*. Buenos Aires: Beatriz Viterbo.
- Salvatore, R. (2001). Sobre el surgimiento del Estado médico-legal en Argentina (1890-1940). *Estudios Sociales*, 20, 81-114. Recuperado de: <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/publicaciones/index.php/EstudiosSociales/article/view/2464>
- Soprano, G. (2019). El servicio de sanidad militar en el proceso de modernización, burocratización y profesionalización del ejército argentino (1888-1938). *Salud Colectiva*, 15, 1-18. Recuperado de: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2160>
- Soprano, G. (2020). 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*, 69, 1-25. Recuperado de: <https://iye.anh.org.ar/index.php/iye/article/view/194>
- Soprano, G. (2021a). Formación y perfil profesional de los médicos del Ejército Argentino a principios del siglo XX. *Trabajos y Comunicaciones*, 53, 1-19. Recuperado de: <https://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyCe133>
- Soprano, G. (2021b). La formación de los suboficiales de sanidad en el proceso de modernización, burocratización y profesionalización del Ejército Argentino (1902-1935). *Pilquen. Sección Ciencias Sociales*, 24, (3), 19-123. Recuperado de: <http://revele.uncoma.edu.ar/htdoc/revele/index.php/Sociales/article/view/3399>

“Dispositivos de administración burocrática en el Ejército y prestación del servicio de sanidad en unidades militares del territorio nacional (Argentina, 1907-1910)”

Soprano, G. (2021c). Médicos militares y sanidad de los soldados en el proceso de modernización, burocratización y profesionalización del Ejército en el cambio del siglo XIX al XX. *Cuadernos de Marte. Revista Latinoamericana de Sociología de la Guerra*, 20, 181-212. Recuperado de: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/cuadernosdemarte/article/view/6743>

Soprano, G. (2021d). ¿De qué hablamos cuando decimos modernización, burocratización y profesionalización militar en la Argentina de principios del siglo XX? Problemas y enfoques historiográficos a propósito de esta cuestión. *Estudios del ISHIR*, 11 (31). Recuperado de: <https://web3.rosario-conicet.gov.ar/ojs/index.php/revistaISHIR/article/view/1558>

Soprano, G. (2022). Trayectorias profesionales de médicos militares en el Ejército Argentino: de la etapa fundacional a la consolidación del servicio de sanidad moderno (1888-1938). *Historia UNISINOS*, 26 (2) (en prensa).

Sozzo, M. (2011). Los exóticos del crimen. Inmigración, delito y criminología positivista en Argentina. *Delito & Sociedad*, 2 (32), 33-54. Recuperado de: <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/publicaciones/index.php/DelitoYSociedad/article/view/5647>

Vezzetti, H. (1985). *La locura en la Argentina*. Paidós: Buenos Aires.

Zimmermann, E. (1994) *Los liberales reformistas. La cuestión social en la Argentina. 1890-1916*. Buenos Aires: Sudamericana/Universidad de San Andrés.

Recepción: 03/11/2021

Evaluado: 10/02/2022

Versión Final: 14/02/2022