



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Ciencias Sociales

Escuela Profesional de Historia

**El ejército convaleciente: el Servicio de Sanidad
Militar, la cultura sanitaria castrense y la presencia de
enfermedades en el Ejército peruano (1850-1920)**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Historia

AUTOR

Jesús Joel LLERENA DURAND

ASESOR

Mg. David Víctor VELÁSQUEZ SILVA

Lima, Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Llerena, J. (2023). *El ejército convaleciente: el Servicio de Sanidad Militar, la cultura sanitaria castrense y la presencia de enfermedades en el Ejército peruano (1850-1920)*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela Profesional de Historia]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Jesus Joel Llerena Durand
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	76696315
URL de ORCID	
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	David Víctor Velásquez Silva
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40852804
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-4242-953X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Cristóbal Roque Aljovín de Losada
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07717447
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Carlos Guillermo Carcelén Reluz
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10009715
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Juan Carlos La Serna Salcedo
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	40814681

Datos de investigación	
Línea de investigación	E.4.4.6 Historia Militar
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	No aplica.
Ubicación geográfica de la investigación	Lima
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2018-2023
URL de disciplinas OCDE	Historia https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#6.01.01



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
VICEDECANATO ACADEMICO

**ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS EN MODALIDAD VIRTUAL PARA OPTAR
EL TITULO DE LICENCIADO EN HISTORIA**

En Lima, a los ocho días del mes de marzo del dos mil veintitrés, se reunieron los miembros del Jurado Calificador bajo la presidencia del doctor Cristóbal Roque Aljovín de Losada, con la asistencia de los miembros del Jurado, Magister Carlos Guillermo Carcelén Reluz y Mg. Juan Carlos La Serna Salcedo y el Magister David Víctor Velásquez Silva en su condición de asesor, para asistir al acto de sustentación de la tesis titulada:

El ejército convaleciente: el Servicio de Sanidad Militar, la cultura sanitaria castrense y la presencia de enfermedades en el Ejército peruano (1850-1920)

presentada por el Bachiller Jesús Joel Llerena Durand, para optar al título de Licenciado en Historia.

De conformidad con el Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad, el Estatuto de la Universidad y la Ley Universitaria 30220, el acto de sustentación se dio inicio a las 10:00 de la mañana.

Concluido el acto de exposición y defensa de la tesis, los miembros del Jurado Calificador procedieron a deliberar y acordar otorgar la calificación siguiente:

APELLIDOS Y NOMBRES	NOTA EN NÚMEROS	NOTA EN LETRAS
JESÚS JOEL LLERENA DURAND	20	VEINTE



Firmado digitalmente por ALJOVIN DE LOSADA Cristobal Roque FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12.03.2023 16:53:19 -05:00

Dr. CRISTOBAL ROQUE ALJOVIN DE LOSADA
Presidente

Mg. JUAN CARLOS LA SERNA SALCEDO
Miembro

Dr. CARLOS G. CARCELEN RELUZ
Miembro

Mg. DAVID VICTOR VELASQUEZ SILVA
Asesor



Firmado digitalmente por CASALINO SEN Carlota Alicia FAU 20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 13.03.2023 08:30:40 -05:00

Dra. CARLOTA CASALINO SEN
Vicedecana Académica

Lima, 1 de marzo del 2023

INFORME DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD

Operador del Programa informático de similitudes	JOSE VALDIZAN AYALA
Documento Evaluado	TÉSIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN HISTORIA
Título	Joel Jesús Llerena Durand
Autor del Documento	El ejército convaleciente: el Servicio de Sanidad Militar, la cultura sanitaria castrense y la presencia de enfermedades en el Ejército peruano (1850-1920)
Fecha de Recepción de documento	1-3-2023
Fecha de aplicación del programa informático de similitudes	1-3-2023
Software utilizado	TURNITIN
Configuración del programa detector de similitudes	Exclusión de citas Exclusión de Bibliografías Exclusión de coincidencias (40 palabras)
Porcentaje de similitudes según programa detector de similitudes	8% de índice de similitud
Fuentes originales de las similitudes encontradas	9% de fuentes de Internet 5% publicaciones 3% trabajos del estudiante
Observaciones	SIN OBSERVACIONES
Calificación de Originalidad	Documento cumple criterio de originalidad, sin observaciones
Fecha de Informe	1 – 3 – 2023



Firmado digitalmente por VALDIZAN
AYALA Jose Alfonso FAU
20148092282 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22.06.2023 14:12:17 -05:00

DR. JOSE ALFONSO VALDIZAN AYALA
Director de la E.P. de Historia

*A don Jesús y doña Renee,
gracias por haberme
permitido soñar.*

*A Octavia, por su apoyo
y aliento en los
momentos más
difíciles.*

*A D'Angelo, Renzo y Diego
por las risas en todos
estos años.*

“Yo podría, señores, multiplicar los ejemplos históricos de hecatombes formidables, que no han tenido otra causa que la *falta de organización y preparación* del Servicio de Sanidad Militar y la *comprensión* que de su importancia ha tenido el Comando.

Estas hecatombes son mal conocidas, porque los que escriben la Historia Militar, teniendo todo su pensamiento concentrado sobre el drama heroico que se realiza en el teatro del combate, *desdeñan, olvidan o ignoran* el drama cruel que se realiza tras bastidores, y al que solo el cuerpo de Sanidad asiste activamente.”

Dr. Alberto Melot, coronel miembro de la Misión Militar francesa y jefe de la Sanidad Militar frente a los oficiales del Estado Mayor. En La Crónica Médica, 13 de octubre de 1911, n.º 548, p. 284. Cursivas originales.

Agradecimientos

Esta tesis ha sido un fruto en cuya siembra y cosecha participaron varias manos, no solo las mías. Tanto familiares, colegas, profesores y amigos contribuyeron de una u otra forma y a lo largo de todo este tiempo en los procesos de planteamiento, investigación y redacción, en las tardes tras salir del archivo y cuando la pluma se resistía a fluir. Puedo decir sin temor a equivocarme que no estuve solo, que en estos años ellos estuvieron conmigo. Dicho esto, quisiera indicarles que cualquier utilidad que a esta tesis se le encuentre el reconocimiento es suyo, siendo cualquier falencia responsabilidad de mi persona.

Quisiera detenerme en agradecer a mi asesor, el profesor David Velásquez Silva, quien desde los cursos de seminario de tesis sirvió de guía en lo pertinente a la minuciosa labor de investigación histórica, así como un ejemplo de historiador profesional cuando transitaba por los altibajos propios de la vida del recién egresado. De gran ayuda fueron sus palabras para cuando la meta de la tesis se iba perdiendo en el horizonte, alentándome a que siga en el oficio del historiador porque el día de la sustentación eventualmente llegaría. Finalmente, llegó, gracias a usted.

Asimismo, quisiera mencionar a los maestros, maestras y colegas que fueron referentes como profesionales de la disciplina histórica en mis años de pregrado. En primer lugar, gracias al Prof. Juan Carlos La Serna por brindarme sus consejos a lo largo de todos estos años y mostrarme que la historia es labor no solo de erudición sino también de sensibilidad. Al maestro Cristóbal Aljovín por sus invaluable consejos como profesor de seminario de investigación. A la Prof. Rocío Rebata, agradecido por su paciencia y apoyo para plantear por escrito las primeras ideas que dieron pie a la presente investigación. También doy las gracias al Prof. Carlos Carcelén, por ser pionero y haber fomentado entre sus alumnos el cultivo de la historia de la ciencia en la UNMSM. No podría concluir este párrafo sin incluir a quienes me acompañaron desde el 2013 y con quienes crecí personal y profesionalmente: mis compañeros de Historia. Gracias a sus consejos y por ser mi soporte emocional en los momentos más difíciles dentro y fuera de las aulas.

Aprovecho para reconocer la esmerada labor de los y las especialistas que me ayudaron en la labor de acopio de fuentes históricas en los diversos archivos que consulté para elaborar la presente investigación. Eternamente agradecido al Sr.

Matute, especialista del Archivo Histórico Militar del Perú, quien en cada visita me recibió con su característica sonrisa. A las dos señoras bibliotecarias del Centro de Estudios Histórico Militares del Perú, quienes me facilitaron desinteresadamente guías y materiales imprescindibles para el estudio de la historia militar del país. Gracias también a la Sra. Ruth del archivo histórico y museo de la Facultad de Medicina de la UNMSM por su especial trato con los investigadores y su gran sapiencia sobre los temas sanitarios.

Finalmente, quiero expresar mi gratitud a las personas más importantes de mi vida: mi familia. Gracias por haber hecho tantos esfuerzos para que pueda dedicarme a estudiar lo que me apasiona. A mis padres Jesús y Renee, migrantes trabajadores que me mostraron el valor del esfuerzo y la dedicación, la humildad y el respeto hacia el prójimo. A mi hermana Karín por su cariño maternal y a mi hermana Giuliana por su ayuda incondicional. Si esta tesis corresponde siquiera mínimamente con todo lo que me han brindado desde mis primeros años, me doy por bien servido.

ÍNDICE GENERAL

Agradecimientos

Introducción	1
Cap. I. “Soldados de la caridad y de la ciencia”: aproximación a la sanidad militar en Lima de 1850 a 1895	18
I. 1. Presencia de enfermedades entre militares peruanos en el siglo XIX	18
I. 2. Una aproximación a la prevalencia de la tisis en el ejército peruano durante la segunda mitad del siglo XIX	27
I. 3. Aproximación al estado higiénico de infraestructura militar y sanitaria durante el siglo XIX	31
I. 4. Actuación del personal médico en las acciones militares de la Guerra del Pacífico (1879-1883)	34
I. 5. La cirugía militar desde la adversidad: medicina e investigación académica desde la segunda mitad del siglo XIX	39
I. 6. Higiene concebida como herramienta médica para la "reforma social"	43
Cap. II. Médicos científicos y oficiales profesionales: críticas e ideas en común desde 1895 a 1920	47
II. 1. Reconstrucción Nacional: sociedad, política y saberes científicos	47
II. 1. 1. Ciencia peruana a finales del siglo XIX	51
II. 1. 2. Papel del Ejército posterior a la Guerra del Pacífico: ciencia, progreso y exploraciones	54
II. 2. La República Aristocrática, el Ejército y la sanidad militar	55
II. 2. 1. La Revolución de 1895 desde el bisturí	55
II. 2. 2. Ejército, reforma militar e indígenas	59
II. 2. 3. Desarrollo científico médico y presencia de galenos en el Estado	62
II. 2. 4. Papel de la ciencia en el Ejército de la reforma militar (siglo XX)	64
II. 3. Una propuesta médico-militar desde el racismo científico: la teoría de la autogenia como solución a los “problemas nacionales”	67
II. 4. Saberes médico-militares durante las primeras décadas del siglo XX	76

Cap. III. Los otros profesionales del ejército: los médicos militares, el Servicio de Sanidad Militar y la “cultura sanitaria” castrense de 1904 a 1920	81
III. 1. Aspectos organizacionales del Servicio de Sanidad Militar (1904)	81
III. 1. 1. Relaciones entre los oficiales y los médicos militares en el Servicio de Sanidad Militar: perspectiva de los galenos del ejército	86
III. 1. 2. Los médicos militares y el gremio médico civil: entre la crítica y la necesidad	91
III. 1. 3. Beneficios que ofrecía la sanidad militar al gremio médico.	96
III. 1. 4. Desventajas de la sanidad militar que desalentaban al personal médico.	104
III. 2. Enfrentando “bochornosos desaires”: el desarrollo de un incipiente espíritu de cuerpo en la Sanidad Militar (1904-1920)	109
III. 2. 1. Manejo de vocabulario sanitario militar por los oficiales del ejército (1895-1920)	118
III. 3. Distribución del personal sanitario militar de 1904 a 1920	124
III. 4. Las capacidades estadísticas del Servicio de Sanidad Militar en las primeras décadas del siglo XX	133
Cap. IV. Análisis de la infraestructura militar en las primeras décadas del siglo XX	144
IV. 1. Hacia los distantes cuarteles: viaje de los conscriptos desde las provincias a Lima	145
IV. 2. Condiciones infraestructurales y de habitabilidad de los cuarteles a finales del siglo XIX e inicios del XX	148
IV. 2. 1. Una reforma con pocos catres: análisis de las condiciones del mobiliario militar a finales del siglo XIX e inicios del XX	148
IV. 2. 2. Una reforma con poca agua: análisis del saneamiento de cuarteles entre 1895 y 1920.	155
IV. 3. Las camas que tosen: el Hospital Militar de San Bartolomé y su relación con la infraestructura cuartelaria en las primeras décadas del siglo XX	162
Cap. V. Enrolando gérmenes: el ejército peruano y las enfermedades en las primeras décadas del siglo XX	171
V. 1. El bacilo y el soldado: la tuberculosis en el ejército peruano (1900-1920)	174
V. 1. 1. El Ejército y la importancia del factor geográfico en el contagio tuberculoso	174
V. 1. 2. Aproximación estadística del impacto de la tuberculosis en el ejército peruano (1900-1920)	178

V. 1. 3. Tiempo de servicios de conscriptos previo al licenciamiento por causa tuberculosa	180
V. 1. 4. Prevalencia de diagnosticados con tuberculosis en revisiones militares	187
V. 1. 5. Aproximación a la mortalidad por tuberculosis en el ejército del Perú de 1904 a 1917	190
V. 1. 6. Entre la incuria y el interés: alcance de las estrategias contra la tuberculosis en el ejército del Perú en las primeras décadas del siglo XX.	193
V. 2. Lúes castrense: visión panorámica de las enfermedades de transmisión sexual en el ejército (1900-1920)	201
V. 2. 1. Percepción y presencia de las enfermedades venéreas en el ejército de 1900 a 1920	203
V. 2. 2. Esfuerzos de la Sanidad Militar para hacerle frente al problema venéreo entre los conscriptos.	216
VI. Conclusiones	228
VII. Anexos	237
VIII. Documentación y bibliografía consultada	240
VII. 1. Fuentes consultadas	240
VII. 2. Bibliografía consultada	246

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Enfermedades y afecciones con mayor prevalencia en el hospital militar de San Bartolomé durante el mes de enero de 1866	24
Cuadro 2. Enfermedades y afecciones con mayor prevalencia en el hospital militar de San Bartolomé durante el mes de marzo de 1866	25
Cuadro 3. Defunciones en el hospital militar de San Bartolomé 1884-1890 en los meses de julio de cada año, con énfasis en la tuberculosis	27
Cuadro 4. Defunciones en la provincia de Lima entre 1884-1890 en los meses de julio de cada año	29
Cuadro 5. Defunciones por causa identificada en el primer trimestre de 1886 en Lima	30
Cuadro 6. Cuerpo sanitario militar en el escalafón militar de 1912	130
Cuadro 7. Proporciones de efectivos por médico militar para 1919	132
Cuadro 8. Distribución del contingente ordinario de la clase de 1916 correspondiente a la Segunda Región Militar	147
Cuadro 9. Volumen disponible por soldado para 1909	153
Cuadro 10. Área disponible para cada soldado en 1909	153
Cuadro 11. Problemas de saneamiento en cuarteles de Lima y Arequipa para 1907	158
Cuadro 12 con su desagregado: Casos de tuberculosis en sus diferentes tipos identificados en las revisiones sanitarias militares en el periodo 1906-1910	179-180
Cuadro 13. Promedios de tiempos de servicios para militares antes de ser declarados ‘inútiles’ por cualquier causa tuberculosa entre 1906-1910.	182
Cuadro 14. Soldados identificados como “inútiles” en revisión sanitaria militar del 15 de noviembre de 1910	183
Cuadro 15. Licenciados por tuberculosis según el tiempo de servicios (1903-1909)	185
Cuadro 16. Condensado de licenciados por TBC en periodo 1903-1909	186
Cuadro 17. Declarados inútiles para el Servicio Militar en 1905-1906	187
Cuadro 18. Porcentaje de declarados inútiles en revisiones sanitarias militares por causas tuberculosas entre 1904-1910	188
Cuadro 19. Tasa bruta de mortalidad por TBC para el periodo 1904-1907	190
Cuadro 20. Lista de pasajes de militares licenciados para 1910	195
Cuadro 21. Morbosidad venérea de la guarnición de Lima (I semestre de 1908)	203
Cuadro 22. Casos de enfermedades venéreas en el ejército a nivel nacional (1913-1917)	213
Cuadro 23. Enfermedades venéreas en los diferentes cuarteles que conformaban la guarnición de Lima para 1911-1918	215

Resumen:

Esta investigación tiene como objetivo analizar la importancia que tuvo la sanidad castrense peruana entre 1895 y 1920. Teniendo como protagonistas a los médicos que formaron parte del Servicio de Sanidad Militar, estos galenos plantearon reformas al estado de la infraestructura del ejército necesarias para llevar a cabo la modernización de la institución. Para cumplir estas tareas reformistas, los uniformados y los médicos militares hicieron uso de un andamiaje teórico higienista, en lo que constituyó una cultura sanitaria institucional que aspiraba a sanear a sectores de la sociedad peruana tales como los indígenas. Con todo, las limitaciones que enfrentaba el ejército para entonces hicieron que las ambiciones del Servicio de Sanidad Militar tuvieran un modesto alcance, situación que terminó afectando a la salud de los conscriptos a tal punto que los dejó vulnerables a enfermedades como las venéreas y la tuberculosis.

Palabras clave:

Ejército, higiene, medicina, Perú, indígenas

Abstract:

The following research aims to study the impact that military medicine had on the Peruvian army from 1895 to 1920. Focusing on the physicians that were part of the Servicio de Sanidad Militar, these medical corps proposed reforms concerning the state of military infrastructure, in the hope of helping achieve the main changes the army was pursuing to modernise this institution. This in turn encouraged the creation of a sanitary culture amongst officers and medical personnel which aimed to sanitise whole sectors of the Peruvian society by using a hygienic framework, especially the Indigenous peoples. Nevertheless, the shortcomings the Army faced by then affected the Servicio de Sanidad Militar's plans in such a way that rendered them limited. The Indigenous conscripts' health paid the price for this, with left them vulnerable to disease such as tuberculosis and STD.

Keywords:

Army; hygiene; medicine; Perú; Indians

Introducción:

La presente investigación se ubica entre 1850 y 1920 en Lima, abarcando procesos comprendidos desde mediados de la década de 1850 hasta el último año de la llamada República Aristocrática (1919). En las mencionadas décadas se presentaron diversas iniciativas que buscaban modernizar al país, con figuras representativas como Ramón Castilla, Manuel Pardo, Nicolás de Piérola y Augusto B. Leguía. Sin embargo, además de los grandes proyectos y visiones de modernización nacional, existieron propuestas específicas y sectoriales que pretendieron reformar aspectos importantes del Estado y de la vida social del Perú. Así, ámbitos más circunscritos del Estado también fueron del interés de las mentes reformistas, tales como el ejército, las finanzas públicas, la tributación e instituciones representativas como la universidad de San Marcos. En este largo periodo marcado por diversos intentos por modernizar el país, se contó con la propuesta del connotado médico y cirujano militar Casimiro Ulloa, quien buscaba reestructurar un aspecto clave de la fuerza armada nacional en 1856: la sanidad militar¹. Por su parte, durante la República Aristocrática se estableció institucionalmente el Servicio de Sanidad Militar y Naval en marzo de 1904, esto dentro del marco de una reforma institucional del Ejército del Perú. Estos momentos sentaron hitos que en la actualidad son recordados activamente por el personal médico castrense, nos referimos al nacimiento del patrono de la Sanidad Militar Casimiro Ulloa (4 de marzo de 1829) y el 30 de marzo de 1904, fecha fundacional para el desarrollo de la medicina en el ejército del Perú².

¹ Nombre con el que se conocía al médico que se dedicaba al cuidado de la salud en la esfera militar desde mediados del siglo XVII hasta entrado el siglo XX. Se le denominaba así por la naturaleza de las labores que llevaba a cabo, más relacionadas a la curación de heridas que a la prescripción de tónicos o sustancias, labor reservada al médico per se. Dicha diferenciación obedecía más a criterios especializadas del gremio médico integrado desde tiempos virreinales por *médicos, cirujanos, flebotomos o sangradores*, entre otros. Véase Warren, A. (2010) *Medicine and Politics in Colonial Peru: Population Growth and the Bourbon Reforms*. University of Pittsburgh Press, para pleitos entre cirujanos y médicos durante los años anteriores a la República. Conforme avanzaban los años en el siglo XIX las diferencias tendieron a diluirse, mas no en el caso de los médicos asimilados al Ejército, los cuales siguieron siendo llamados "cirujanos militares". Sobre la labor del Dr. Ulloa en la sanidad militar peruana del siglo XIX, revisar Salaverry, O. (2010) *José Casimiro Ulloa Bucelo (1829-1891), el paladín del gremio médico*. En Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública, 2010, 27 (4), pp. 642-644.

² Es recordado el 30 de marzo como el "Día de la Sanidad Militar", en honor a la publicación del reglamento del servicio de sanidad el 30 de marzo de 1904. Sobre esto, revisar Dirección de Salud del Ejército (30 de marzo de 2019) *30 de marzo. Día de la Sanidad Militar. Hoy se conmemora el centésimo décimo quinto aniversario del Servicio de Sanidad del Ejército del Perú*. Asimismo, se recuerda el 04 de marzo como el "Día de la Sanidad Militar del Ejército Peruano" desde 1987 en honor al natalicio del Dr. Casimiro Ulloa el 04 de marzo de 1829. Para ver más al respecto, consultar Moción de Saludo [al

Dicho lo anterior, creemos que es necesario analizar las consecuencias de dos reformas estudiadas por diversos académicos -la militar y la médica- en un aspecto escasamente estudiado por la historiografía nacional y que combina ambos campos mencionados: la sanidad militar. Concretamente, nos interesa examinar la profesionalización de los cirujanos y los médicos militares, evaluar si se estableció una cultura sanitaria entre el personal sanitario y los oficiales de carrera e indagar sobre el estado de salud de las tropas del Ejército nacional entre 1850 y 1920. Asimismo, buscamos evaluar si desde la sanidad militar médicos u oficiales plantearon soluciones para los problemas que se consideraban de suma urgencia para el siglo XIX y XX, tales como el "problema del indio". De los 70 años que abarca esta investigación, haremos hincapié en los últimos 25 años (1895-1920) por ser un periodo donde se aplicaron reformas que buscaron tener un alcance mayor en el aparato militar y en la enseñanza y práctica médicas. Esto nos facilitará examinar cómo se relacionaban los militares y los médicos en el marco de la construcción del moderno Estado peruano, cómo buscaron contribuir a hacer realidad aquel proceso y si los objetivos que trazaron en materia sanitaria castrense se plasmaron en la realidad o se quedaron impresos en el papel. Con todo, tenemos claro que nuestras interrogantes no son solo tema del pasado, como veremos a continuación.

Con la llegada del Sars-CoV-2 al territorio nacional a inicios de marzo del 2020 los peruanos tuvimos que hacer frente a una de las crisis más graves en nuestra historia. El Ejército del Perú fue parte de la primera línea de defensa frente al coronavirus, lo que aumentó las probabilidades de contagio entre sus efectivos³. Quedó expuesto desde el inicio de la crisis sanitaria que el Ejército estuvo poco preparado tanto en doctrina frente a amenazas epidemiológicas como en la práctica, pese a las voces reformistas tras el regreso de la democracia veinte años atrás⁴. Esto último se vio claramente en uno de los centros de formación de los cadetes, la Escuela Militar de

Día de la Sanidad Militar del Ejército Peruano], Moción de orden del Día N°13908. Congreso de la República de Perú (2 de marzo de 2021).

³ Oficina de Redacción (2020, 02 de noviembre) Mindef: unos 100 militares han muerto y más de 3 mil contagiados de COVID-19. *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/ministro-de-defensa-informo-unos-100-militares-han-muertos-y-mas-de-3-mil-fueron-contagiados-con-covid-19-nndc-noticia/>

⁴ Díaz, K. & Palacios, L. (2021) *Medidas de seguridad asociadas a la bioseguridad en las actividades de instrucción militar en las marchas de campaña de los cadetes de la Escuela Militar de Chorrillos 'Coronel Francisco Bolognesi' año 2021*. Lima: Escuela Militar de Chorrillos 'Coronel Francisco Bolognesi', p. 79

Chorrillos, donde no se cumplieron muchos de los protocolos sanitarios como el distanciamiento social ni medidas de bioseguridad, asimismo faltaron mascarillas usables, protectores faciales y alcohol en gel⁵. Para agravar la situación, en abril del 2020 se llamó a 10000 reservistas, aumentando la presión sobre los pocos equipos existentes⁶. En pocas palabras: el Ejército del Perú se vio rebasado por las circunstancias.

Creemos que la constatación de los progresos en el Ejército no se verifica en las ideas, sino en el cuidado sanitario de las tropas. Esto también se puede aplicar desde la perspectiva histórica. Ciento veinte años atrás, cuando cientos de jóvenes indígenas partían desde sus comunidades hacia los cuarteles de provincia y Lima, los oficiales y élites intelectuales soñaban que la disciplina castrense los “civilizaría”. Como veremos en las siguientes páginas, el personal sanitario militar vio con estupor las condiciones de salud de los tantos conscriptos que llegaban a los precarios cuarteles, especialmente alarmados con los efectos no de coronavirus sino de bacterias como la *Mycobacterium tuberculosis* y la *Treponema pallidum* que se cebaban en los cuerpos de los jóvenes. Al igual que a inicios del siglo XX no se contó con la cantidad de enfermos y fallecidos por estas y otras enfermedades, en el 2023 todavía queda por resolver cuántos efectivos del Ejército cayeron víctimas del Sars-CoV-2. Estas dudas, así como vacíos sobre la vida de los efectivos nos impulsan a seguir investigando, siendo la presente tesis un esfuerzo para aproximarse a la situación sanitaria del Ejército, sus causas y consecuencias allá a inicios del siglo XX y poder entender mejor la salud de los soldados en lo que va del siglo XXI.

Como tema de investigación, la sanidad militar a finales del siglo XIX e inicios del XX ha sido un tema tangencialmente tratado por la historiografía peruana. La mayoría de las veces, las menciones se reducen a un par de líneas, centrándose en la “necesidad” que existía en dicho período de una reforma de la sanidad en el ámbito castrense, o en la mera mención a la fecha de fundación de la Sección de Sanidad Militar (1904). De ahí que la pesquisa bibliográfica que realizamos tenga que

⁵ Altamirano, J. (2021) *Medidas de bioseguridad durante la pandemia y la convivencia de los cadetes en la Escuela Militar de Chorrillos 'Coronel Francisco Bolognesi' 2021*. Lima: Escuela Militar de Chorrillos 'Coronel Francisco Bolognesi', pp. 90-91.

⁶ Reuters Staff (2020, 01 de abril) Perú llama a los reservistas del Ejército para luchar contra el virus. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/salud-coronavirus-peru-militares-idLTAKBN21J63L>

centrarse no solo en lo que historiadores de carrera han señalado, sino también en incluir a otros estudiosos que han tratado sobre el tema, como los médicos con intereses en la historia, y a la vez expandir nuestro rango temporal no solo a finales del siglo XIX, sino incluir algunas décadas anteriores.

Acerca de lo señalado por los historiadores, partimos por Jorge Basadre (2014). En la monumental *Historia de la República del Perú*, específicamente en el tomo N.º 12, aparece la única mención al Cuerpo de Sanidad del Ejército, con dos escuetas líneas dedicadas al tema. Similar brevedad se encuentra en el tomo N.º 9 de la referida obra, donde la medicina militar, los cirujanos y la Cruz Roja solo tienen un par de líneas de contenido general. Sin embargo, encontramos en la tesis de Magíster de David Velásquez (2013) dedicada al estudio de la reforma militar iniciada en el segundo gobierno de Nicolás de Piérola información relevante sobre la sanidad castrense. Este autor pone el énfasis en el papel de los médicos en la aplicación del Servicio Militar Obligatorio iniciado en 1898, señalando al respecto que los galenos desempeñaron una limitada labor en la selección de los conscriptos, tanto por su escaso número como por la falta de instrumental para desempeñar sus labores. Tales condiciones tuvieron como consecuencia la alta proporción de conscriptos remitidos a los cuarteles con enfermedades y complicaciones con su salud, especialmente la tuberculosis.

En términos generales, la relación entre los médicos peruanos, el Ejército y los pobladores andinos en los siglos XIX y XX se caracterizó por formas autoritarias basadas en explicaciones raciales y geográficas propias de la ciencia médica de la época. ¿Pero qué relación tiene esto con los cuarteles, y especialmente con la medicina militar de entonces? ¿Qué papel cumplían los indígenas en estos procesos? El historiador de la ciencia peruana Jorge Lossio brinda una respuesta con su estudio sobre la medicina en altura (2012), señalando que en la primera mitad del siglo XX el ejército sirvió de *laboratorio* aeronáutico para diversos experimentos en los que se empleó tropa indígena. Destacó en este proceso el connotado Dr. Carlos Monge, a quien veremos más adelante.

Mientras este investigador enfoca al indígena más como un objeto de estudio científico-militar en las alturas, la historiadora Cecilia Méndez (2013) parte de una postura más activa respecto de los indígenas, señalando que el campesino andino y

sus comunidades sí eligieron enrolarse en las filas del ejército decimonónico. En este proceso de participación, los pobladores andinos tuvieron espacio para ejercer agencia a través de su voluntaria incorporación a las fuerzas armadas, debido a que esta institución posibilitaba el acceso a múltiples servicios y beneficios que no contaban en sus lugares de origen tales como la lectoescritura, prestigio político y simbólico y -por supuesto- el acceso a atención sanitaria. Una tercera opinión es brindada por el historiador Eduardo Toche (2008), para quien la misión del ejército en la primera mitad del siglo XX necesitaba de “educandos” más que reclutas, indígenas que incorporaran -entre otros saberes- la higiene y los ejercicios físicos con la finalidad de formar la personalidad de estos jóvenes, en lo que finalmente se vio como un proceso civilizatorio.

Los médicos también han sentado sus posiciones respecto al tema de la sanidad militar, concretamente sobre las relaciones entre los gremios médicos y los militares. El galeno Jorge Arias-Schreiber Pezet (1984) se centra en el accionar de los médicos y cirujanos durante la Guerra del Pacífico. Crítico del estado de la sanidad militar en los años previos a la guerra, para este autor fueron los políticos y altos cargos del Ejército los que con su desinterés encausaron la sanidad militar a la improvisación, contrariamente a los médicos, quienes realizaron una sacrificada labor por la Patria. Opiniones similares son las de los galenos Juan B. Lastres (1951) y Carlos Bustíos Romaní (2004), para quienes la constitución de servicios de sanidad militar fue más interés de los propios médicos que de los militares entre 1856 y 1920. Para Lastres, los médicos siempre demandaron la constitución de servicios de sanidad castrense, enfatizando este autor la labor de figuras como Casimiro Ulloa y su propuesta de un Cuerpo de Sanidad Militar de 1856. Enfoque más mesurado es el de Bustíos Romaní, quien se centra en la introducción de criterios científicos, positivistas y jurisdiccionales de los médicos respecto a los militares, concretamente en el caso de la Cruz Roja durante la Guerra del Pacífico. Para este autor, los médicos manejaban su propia agenda, muchas veces oponiéndose a los militares y demás civiles que buscaban recargarlos con múltiples labores tales como el reclutamiento, la vigilancia, la vacunación y la asistencia social en ciudades y provincias. Por último, encontramos al médico Óscar Pamo Reyna (2016), para quien otro sector profesional —esta vez médico-religioso— como las hermanas de la orden hospitalaria de San Vicente de Paul tuvo que hacerse cargo del hospital militar de San Bartolomé y de la atención de

los heridos durante los años de la Guerra del Pacífico. Destaca Pamo Reyna la labor de estas religiosas ante la incuria de las élites gobernantes y la ausencia de cirujanos militares en la época.

Por el lado del Ejército del Perú, gran interés por la sanidad militar y la vida diaria de los efectivos se encuentra en la obra de Lourdes Medina (1989). Su erudición respecto a una diversidad de temas ya sea el régimen alimenticio, la situación de los hospitales militares, las hospitalidades, los cirujanos y demás personal sanitario en el Ejército es remarcable. Plantea Medina que los militares sí propusieron mejoras en la sanidad militar, enfrentándose muchas veces a sectores civiles como la Beneficencia, especialmente en cuanto a la administración de hospitales como el de San Bartolomé. Sin embargo, la autora sostiene que, pese al interés de los militares en el tema, fueron infructuosos muchos de los esfuerzos de los militares por reformar la sanidad castrense en el siglo XIX, ya sea a causa del atraso de la medicina decimonónica, ya por la crónica falta de recursos económicos en el ejército, contraponiéndose a la perspectiva de médicos como Lastres, Bustíos y Arias-Schreiber.

Tras haber consultado a tales autores, esta investigación se plantea como problema principal explicar el rol que cumplió la sanidad castrense en el ejército peruano entre 1895 y 1920. De manera concreta, la pregunta de investigación que guiará esta tesis es: ¿Cuál fue el impacto que tuvo la sanidad militar en el ejército peruano entre 1895 y 1920? Para responderla debemos analizar diversas dimensiones, desde el estado de la sanidad militar antes del inicio de la reforma militar, hasta aspectos diversos durante la aplicación de esta que incluyen la infraestructura castrense, el nivel de desarrollo científico de galenos y militares que la protagonizaron y el papel que tuvieron diversos agentes patógenos en estos procesos de cambio institucional inaugurados en 1895. En ese sentido, complementamos nuestra pregunta principal con las siguientes sub-preguntas:

- I. ¿Cuál fue el estado de la sanidad militar en el ejército peruano antes de 1895?
- II. ¿Cómo se relacionaron la profesionalización del ejército y la cientifización de la medicina durante el establecimiento de la sanidad militar de 1895 a 1920?
- III. ¿De qué manera el establecimiento del Servicio de Sanidad Militar fomentó el desarrollo de una cultura sanitaria en el ejército peruano de 1904 a 1920?

- IV. ¿De qué maneras el estado de la infraestructura cuartelaria y sanitaria limitó los alcances del Servicio de Sanidad Militar entre 1904 y 1920?
- V. ¿Qué papel jugaron la tuberculosis y las enfermedades venéreas en el cumplimiento de los objetivos del Servicio de Sanidad Militar?

Planteadas estas interrogantes, presentamos la hipótesis central de esta investigación: la sanidad militar fue un componente fundamental en el desarrollo del ejército entre 1895 y 1920, aunque su impacto fue circunscrito. Por largo tiempo relegada en las discusiones entre oficiales, para cuando se emprendió la reforma del ejército los médicos castrenses que formaron parte del Servicio de Sanidad Militar (1904) tuvieron como misión impulsar cambios que repercutieran de forma positiva en los cientos de conscriptos que fueron llamados a los cuarteles. Pese a tener claro el papel trascendental de la buena salud de los uniformados y estar armados con nuevos paradigmas como la teoría del germen y doctrinas como el Positivismo y el racismo científico, los avances en lo referido a la sanidad militar fueron limitados comparados con los objetivos que el ejército y el Servicio de Sanidad Militar se trazaron para la modernización del ejército en el siglo XX. La infraestructura cuartelaria y sanitaria fue objeto de ciertas mejoras en su estado, la tuberculosis y la sífilis continuaron siendo causas principales de licenciamiento de conscriptos y la sanidad militar mantuvo una débil presencia fuera de Lima. Con todo, creemos que sí hubo elementos que señalaron adelanto en la sanidad militar, especialmente si la comparamos con el siglo XIX: una mayor vigilancia epidemiológica de la tuberculosis y las enfermedades venéreas gracias a avances en el diagnóstico médico y la estadística, una incipiente cultura sanitaria entre los diferentes miembros que conformaban el ejército y mayor presencia de los galenos castrenses del Servicio de Sanidad Militar en las discusiones que tuvieron lugar en los corredores, documentos y revistas del ejército del Perú.

Asimismo, brindamos las siguientes hipótesis secundarias:

- I. La sanidad militar antes de 1895 se caracterizó por su precariedad. Muchas de las limitaciones que afectaban al ejército peruano tales como la falta de infraestructura adecuada, la ineficiente administración del presupuesto castrense, el constante estado de guerra y el caudillismo y faccionalismo hicieron que el desarrollo de la sanidad militar no fuera una prioridad entre los altos oficiales. Esto repercutió en el estado de salud de los uniformados

y en las dificultades que enfrentaron los médicos que sirvieron en el ejército durante este periodo.

- II. Los procesos de profesionalización del ejército y el rápido desarrollo científico médico de finales del siglo XIX e inicios del siglo XX tuvieron elementos en común tales como el carácter civilizatorio que los oficiales y los galenos imprimieron a sus actos gracias a la impronta del Positivismo y el racismo científico. Al necesitar el ejército la colaboración de profesionales de la salud para llevar a cabo reformas como el Servicio Militar Obligatorio (SMO), proponemos que los médicos vieron en esta institución una plataforma a través de la cual plantear desde un posicionamiento profesional soluciones a los problemas del país, especialmente, el denominado “problema del indio”.
- III. El establecimiento del Servicio de Sanidad Militar (1904) ayudó a impulsar el desarrollo de una cultura sanitaria en el ejército debido a las relaciones que se entablaron con los oficiales en el ejercicio de su labor. La introducción de vocabulario higienista y la incorporación de los oficiales en las estrategias sanitarias propuestas por esta institución hicieron que conceptos como *higiene* y *enfermedad* fueran aplicados en la documentación y en las prácticas y procesos oficiales del ejército del Perú. Asimismo, creemos que esto también alcanzó a los uniformados subalternos, quienes empezaron a hacer uso de los servicios brindados por la Sanidad Militar. Pese a la creciente importancia de la sanidad en el rubro militar, la situación del personal médico asimilado fue precaria a causa de los sueldos reducidos y falta de oportunidades de desarrollo profesional dentro del ejército.
- IV. El ejército heredó del siglo XIX una precaria infraestructura cuartelaria y sanitaria producto de décadas de falta de inversión y desinterés por las condiciones habitacionales de los soldados, así como una limitada presencia en diferentes regiones del territorio que dificultaban la vigilancia sanitaria castrense. En tal sentido, para cuando se fundó el Servicio de Sanidad Militar en 1904 esta institución debió tener en cuenta las limitaciones de espacio, de saneamiento y comodidad que impuso el estado de la infraestructura castrense en el diseño de sus políticas de salubridad

dirigidas a los conscriptos y la atención médica a los uniformados en las provincias. Asimismo, la sanidad militar se vio en la necesidad de apoyarse en figuras sanitarias de corte civil presentes en las provincias: los médicos titulares. Estas condiciones restringieron el alcance de las medidas higienistas y profilácticas que emprendieron los médicos castrenses durante el siglo XX.

- V. En vista de las frágiles condiciones infraestructurales militares, enfermedades venéreas como la sífilis y de tipo respiratorias como la tuberculosis tuvieron una significativa presencia en el ejército peruano de las primeras décadas del siglo XX. Sostenemos que esto forzó a que los galenos castrenses del Servicio de Sanidad Militar buscaran alternativas para hacer frente a estas limitaciones que amenazaban importantes aspectos de la reforma militar tales como el Servicio Militar Obligatorio (SMO). Esto significó adoptar estrategias preventivas en el caso de las enfermedades venéreas, la adopción de nuevos tratamientos antisifilíticos que recién salían al mercado, así como la implementación de medidas de diagnóstico y licenciamiento temprano en cuanto a la tuberculosis. Lamentablemente, debido a dificultades presupuestarias del ejército y trabas burocráticas que redujeron el campo de acción del Servicio de Sanidad Militar, tales medidas tuvieron relativo éxito.

Presentadas nuestras interrogantes e hipótesis, vemos conveniente el manejo de conceptos que nos sirvan de referencia para abordar el impacto del factor sanitario dentro de una institución tan particular en sus procedimientos e importante por su trascendencia como el ejército del Perú. Uno de estos conceptos a analizar es la noción de “civilizado” aplicada al ámbito castrense, pero desde una perspectiva sanitaria. A lo largo de la historia, al estar el ser humano acompañado intermitentemente por patógenos y parásitos, tal proceso ha calibrado su evolución teniendo a estos últimos como referencia. Sobre ello, William H. McNeill (1982) sostiene que es en la guerra donde dicha adecuación tiene la mayor preponderancia, decidiendo en última instancia la victoria de ciertos ejércitos sobre otros. Bajo el concepto de “civilizado”, McNeill afirma que son los soldados que han tenido previo contacto con gérmenes los que tienen ventaja considerable sobre aquellos que no han sido curtidos por los rigores de la guerra y las plagas que la acompañan. La

aparición de las vacunas y los antibióticos no cambió el hecho sustancial de que es la población militar una de las más vulnerables al accionar de las enfermedades a causa de los incesantes tránsitos a través de territorios hostiles en las campañas militares. Por lo tanto, “civilizarlos” sanitariamente reviste un carácter de urgencia para el correcto desempeño de cualquier operación militar.

Centrado en el ámbito peruano, para Eduardo Toche (2008) el ejército se atribuyó un rol civilizatorio a lo largo de su vida independiente. Frente a las azarosas primeras décadas del siglo XIX, los miembros del ejército se representaron a sí mismos como parte de la institución tutelar de la Patria, por lo que fue natural que fuera esta institución la que generara gran interés para “civilizar” a los indígenas en las décadas finales del siglo XIX. El proceso de “civilización” de tipo castrense tuvo como uno de sus ejes a la salubridad, poniendo énfasis en la falta de higiene y la débil constitución física de los conscriptos entre los problemas más graves a resolver en el Ejército.

Por otro lado, para abordar al Estado y sus acciones sobre los individuos, es necesario revisar las propuestas teóricas del sociólogo Erving Goffman (2001). Plantea este autor la figura de la denominada “institución total”, entendida esta como aquella en la que la absorción del tiempo del miembro de determinada institución se da en grado máximo. Aquí surge una multitud de experiencias con el fin de despojar al sujeto de su “yo” anterior. Bajo esta lógica, una de las formas en las cuales se ejerce la autoridad es a través de la permanente observación de las conductas, incluyendo en esta categoría el autor a la vestimenta y el cuidado personal. De ahí que la higiene - o la falta de ella- sea uno de los aspectos más controlados en estas instituciones al ser uno de los más visibles, a tal punto que el individuo se mantiene alerta por el temor a la constante posibilidad de represión.

Pasando a la dimensión corporal del accionar del Estado es imprescindible revisar los planteamientos del filósofo e historiador Michel Foucault (2004). Este autor sostiene que en la historia del Estado las instituciones han ejercido poder ya sea sobre súbditos o -en tiempos recientes- ciudadanos a través de los denominados “mecanismos de poder”, los cuales son de tipo *legal, disciplinario, o de seguridad*. Entiende Foucault a los primeros como aquellos métodos que permiten sostener el poder en base a la ley, aplicados de manera individual y en relación con diversos beneficios y castigos. En el caso de los segundos, estos son aplicados en las prisiones y en los ejércitos a través

de la búsqueda del perfeccionamiento de determinadas características del sujeto en cuestión -ya sean corporales o intelectuales- dividiendo a los individuos entre *normales* y *anormales*. Y en el caso de los terceros, estos mecanismos permiten que el poder se ejerza ya no sobre el individuo, sino sobre la *población*, entendiendo Foucault a esta como una colectividad de miembros de la especie humana, es decir, individuos similares y clasificables en términos biológicos. Complementario a esto, Foucault también introduce un término central que utilizaremos en esta investigación para evaluar el surgimiento de una cultura sanitaria en el ejército: la “medicalización” (1974). Según sus planteamientos, al considerar al individuo como parte de una población, el Estado se vale de criterios *naturales* con el auxilio del manejo de estadísticas y las disciplinas científicas. Una de las maneras en las que el Estado actúa activamente sobre una población que reclama como suya es a través de la intervención médica, cuya mayor preponderancia en la vida de los individuos es denominada por Foucault como *medicalización*.

También será de mucha utilidad en la presente investigación lo señalado por Foucault respecto a la “disciplina” y la “distribución” (2002). En cuanto a la primera, según el autor esta se caracteriza por su doble naturaleza: tanto como ejercicio de poder como proceso de generación de conocimiento. En efecto, para él *disciplinar* a los cuerpos es *modificarlos* y *crearlos*, ya sean escolares, militares, enfermos, o –para efectos de esta tesis- la combinación de los dos últimos. A la vez, se genera información sobre aquellos individuos con el fin último de *seguirlos* de manera ubicua y constante y -en última instancia- *clasificarlos* (2002). Solo con esto último se podrán entender los esfuerzos de médicos y militares para establecer servicios de recopilación de datos sobre enfermedades, tipos, índices de mortalidad y morbilidad, y análisis estadísticos en general. Se busca así cimentar sobre bases sólidas y cuantitativas el proceso de transformación de cuerpos supuestamente amorfos o no diferenciados en individuos claramente identificables, poseedores de aquello que Foucault denomina “cuerpo disciplinado”, es decir, sujetos que se caracterizan por su alto desempeño. Al estudiar en la presente tesis espacios donde se aplica la disciplina militar, es necesario incluir el análisis foucaultiano de la “distribución” espacial. Este filósofo e historiador describe procesos que buscan establecer un orden para cada una de las actividades que se llevan a cabo en lugares como la escuela, en el cuartel o en el hospital. Dichos entornos son, bajo las lógicas disciplinarias, objeto de arduos y minuciosos esfuerzos

de saneamiento y mejora, de individualización y progresiva vigilancia, clasificación y separación de los lugares conforme a determinados criterios. En síntesis, se constituye aquello que el autor denomina *espacio útil*, donde no quede área alguna sin que sirva al fin último de la disciplina: la maximización de las ventajas. Esto nos servirá para abordar los proyectos de reforma de los cuarteles durante la reforma del ejército a finales del siglo XIX.

Los planteamientos teóricos foucaultianos presentados mantienen cierta oposición con lo que Marcos Cueto desarrolla en su concepto de “cultura de sobrevivencia” (2015) para América Latina. Sostiene este autor que existió un modelo militar de salud que caracterizó el siglo XX latinoamericano, el cual se fundamentó en una concepción de la *salud* como ausencia de enfermedad y que era aplicada generalmente por médicos castrenses. Dicho modelo se basaba en los siguientes lineamientos: respaldo en las tecnologías médicas, fragmentación de sistemas sanitarios nacionales, el entendimiento de la salud como respuesta inmediata a emergencias y un continuo fracaso y reactivación de las políticas sanitarias. Y es que, si bien es cierto que los planteamientos de Foucault y Marcos Cueto desarrollados en esta tesis tienen en común la verticalidad de las prácticas y lo sostenido de su aplicación, la diferencia principal es el tipo de sociedad al cual se aplican cada uno de estos conceptos: en el primer caso: una sociedad desarrollada y con instituciones consolidadas; en el segundo, un país o región subdesarrollados y dependientes de otros, muchas veces involucrados en relaciones coloniales. He ahí la utilidad de este último concepto, ya que nos permitirá ver la aplicación de medidas sanitarias a reclutas que no son considerados parte de la “nación” criolla y con los que basta que solo sobrevivieran a las enfermedades: los conscriptos de los departamentos del interior del país.

Respecto a las relaciones dentro y fuera del Ejército, especialmente con sectores “civiles” —para efectos de esta tesis, los cirujanos asimilados al ejército— serán de utilidad las teorías de Samuel E. Huntington (1995) y Joel Migdal (2011). Para Huntington, toda institución militar debe cultivar un alto grado de “profesionalismo”, siendo uno de sus componentes fundamentales la “maestría”. Esta vendría a ser el pertinente grado de conocimiento científico y técnico de las materias relacionadas a la actividad militar, yendo desde la logística, la medicina y la ingeniería hasta las

formaciones militares. Para manejar estos saberes, los oficiales necesitarían del concurso de otros profesionales, tales como médicos e ingenieros. Con todo, Huntington establece que solo los *oficiales* pueden ser aquellos llamados *profesionales* en la estructura de las fuerzas armadas. Y es que este autor introduce una interesante distinción entre el “oficial profesional” y el “oficial administrativo”, siendo el primero aquel que administra la violencia, mientras el último, aquel oficial que pertenece solamente en grado, mas no en función. Significa esto que los asimilados a la estructura militar -tales como ingenieros o médicos- serían oficiales, pero sus funciones son -en última instancia- complementarias al oficial *per se*.

Los planteamientos de Joel Migdal, por otra parte, permiten observar más allá de una posible relación de subordinación o complementariedad entre las esferas de las instituciones estatales. Este autor plantea que los sectores del Estado son *campos de poder* en los cuales no solo se dan relaciones de complementariedad o subordinación, sino que también ocurre confrontación y disputa a causa de intereses encontrados. Dicho enfrentamiento se da en múltiples espacios dentro de las mismas instituciones desde los niveles más bajos hasta los más altos escalones de toma de decisiones, situaciones que el autor denomina “políticas de sobrevivencia” o acciones diseñadas para evitar la concentración de poder de un grupo dentro del Estado. Pero Migdal también agrega que intereses externos a aquellos funcionarios del Estado influyen las decisiones que allí se toman, viéndolo más como un medio para los fines que tales grupos externos persiguen. Así, se pueden entender de otras maneras las relaciones entre estos sectores profesionales y especializados que Huntington plantea, más allá de las señaladas complementariedad y subordinación.

Debido a la amplitud del periodo analizado, así como los múltiples temas que se abordarán en esta investigación, creemos necesario delimitar la metodología de manera particular para cada una de las preguntas específicas planteadas en esta tesis. En tal sentido, se seguirán las siguientes estrategias metodológicas:

- I. Relacionado con el estado de la sanidad militar antes de 1895, procederemos a establecer una mirada aproximada sobre la presencia de las enfermedades más características -tuberculosis y venéreas- en el ejército decimonónico peruano desde 1856. Asimismo, compararemos tales cifras con las que traten sobre Lima para tal periodo, para así poder

examinar si el ejército era particularmente virulento y mortal para sus efectivos, o si esto iba en consonancia con los altos indicadores propios de la ciudad de Lima. Posteriormente, procederemos a analizar la sanidad militar del siglo XIX desde una perspectiva infraestructural, especialmente en los hospitales militares. Por último, analizaremos las respuestas que plantearon los galenos civiles y militares para el desarrollo del ejército y del país, así como las acciones que llevaron a cabo para tales fines.

- II. Partiendo desde el nivel discursivo, examinaremos la profesionalización de los oficiales y los médicos, especialmente las bases científicas y raciales que influyeron en los dos grupos profesionales cuya confluencia dio pie a la sanidad militar. Posteriormente, examinaremos desde el nivel propositivo las soluciones a los problemas nacionales postuladas por miembros del cuerpo sanitario.
- III. Sobre el surgimiento de una cultura sanitaria en el ejército peruano de las primeras décadas del siglo XX, analizaremos los vínculos relacionales entre médicos castrenses, galenos civiles y oficiales para determinar el grado de participación de estos grupos en la sanidad militar. Posteriormente, procederemos a examinar el manejo de vocabulario médico entre los uniformados, para constatar si estos oficiales incorporaron términos higiénicos y sanitarios en su desenvolvimiento profesional.
- IV. Sobre el estado de la infraestructura militar y sanitaria entre 1895 y 1920, la abordaremos en tres niveles: uno centrado en analizar dónde y cómo vivían los conscriptos en su viaje a Lima y las cabezas de región, otro que examine de qué maneras vivieron en los cuarteles, así como las maneras en las que fueron tratados en el hospital militar de San Bartolomé. Esto nos permitirá cubrir en integridad la vida del conscripto desde su incorporación a las filas hasta su licenciamiento.
- V. En cuanto al peso determinante que tuvieron la tuberculosis y las enfermedades venéreas en la agenda del Servicio de Sanidad Militar, examinaremos las explicaciones que esbozaban los médicos de dicha institución sobre estos padecimientos y las estrategias que emplearon para mitigar su impacto entre los uniformados. Del nivel discursivo pasamos al análisis cuantitativo para aproximarnos al impacto real que tuvieron estas

enfermedades en el tiempo de servicios militares, su morbilidad y su mortalidad entre los efectivos castrenses.

En cuanto a las fuentes empleadas en la presente tesis, se ha acopiado un considerable acervo de artículos científicos, documentos oficiales de carácter interno, memorias militares y libros de época, tesis de bachillerato y doctorado, periódicos del siglo XX, certificados personales de remisión de voluntarios, entre otros. En cuanto a los primeros, hemos revisado artículos de investigación, opinión y discursos elaborados por médicos y militares, accesibles de manera virtual o custodiados en archivos tales como el de la Facultad de Medicina de la UNMSM y la biblioteca del Archivo Histórico Militar del Perú. Asimismo, hemos comprendido un amplio marco temporal en cuanto a este tipo de fuentes (siglos XIX y XX), consultando a la Gaceta Médica de Lima, la Gaceta Médica de Medicina y Cirugía, el Monitor Médico, La Crónica Médica, la Revista Universitaria, los Anales Universitarios y los Anales de la Universidad Mayor de San Marcos. En cuanto a las revistas militares especializadas, incluimos al Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, la Revista Militar y Naval y el Memorial del Ministerio de Guerra y Marina.

Respecto a los documentos oficiales de carácter interno, se ha realizado una extensiva pesquisa en el Archivo Histórico Militar del Perú, abarcando diversas cajas y legajos desde 1895 a 1920. Esta documentación incorpora solicitudes, informes internos, memorandos, oficios, informes estadísticos y estudios sobre el estado de salud de la tropa. Las fuentes de este tipo nos permiten ver el día a día en el ejército, especialmente en la institución que es la protagonista de esta tesis: el Servicio de Sanidad Militar (1904). Gracias a este carácter interno, es posible acceder a información que no aparece en las memorias y publicaciones oficiales, lo cual nos es de especial utilidad en temas tan contenciosos como la tuberculosis y las enfermedades venéreas.

En lo concerniente a las memorias oficiales y publicaciones de época, contamos con fuentes de gran riqueza temática que abarcan desde 1847 hasta 1918. Destacamos a las memorias del Ministerio de Guerra y Marina, material prolífico en detalles donde podemos examinar cuál era el estado del ejército según esta cartera. Asimismo, en estas memorias se incluyeron propuestas de reformas en aspectos importantes para esta tesis como la logística, la infraestructura y la sanidad militar. Con todo, por ser

una fuente de corte oficial, es necesario contrastarla con la documentación interna para brindar una aproximación a la situación en la que se encontraba el ejército en materia sanitaria. Para esto último también es necesario incluir bibliografía de la época, especialmente la que toma como referencia estudios científicos sobre temas médicos: enfermedades epidémicas, estudios militares y análisis sobre la raza indígena.

Dedicamos una mención particular a las tesis médicas de bachillerato y doctorado del siglo XIX. Estas investigaciones tienen como característica principal la calidad de la información que brindan al investigador, tanto del estado de la ciencia médica entonces vigente como de los esfuerzos realizados por estos tesisistas en las precarias condiciones en las que las que recopilaron sus datos. Muchas de ellas fueron redactadas en momentos de conflicto como la Guerra del Pacífico y la revolución de 1895, por lo que nos ofrecen información de primera mano acopiada por personal médico activo en tales circunstancias complejas. Especialmente útiles fueron las tesis de bachillerato entre 1880 y 1895, al incluir los puntos de vista de jóvenes estudiantes de medicina que vieron en la sanidad militar una forma de aportar al conocimiento médico y al esfuerzo bélico del país.

Finalmente, pasamos a fuentes cuya consulta fue más circunstancial: los periódicos y los certificados militares de remisión de voluntarios. En cuanto a los primeros, estas fuentes nos brindan información puntual sobre noticias particulares: el viaje de estudios de un médico sanitario, la situación de un lugar tras una batalla. Más información útil encontramos en los segundos, documentos donde se constata el uso de criterios antropométricos y raciales, además de brindar fotografías de conscriptos puneños.

Concluimos señalando que la presente tesis ha sido dividida en cinco capítulos. Empezamos con “Soldados de la caridad y de la ciencia: aproximación a la sanidad militar en Lima de 1850 a 1895”, capítulo que sirve de estudio preliminar al describir las condiciones en las que se desarrolló la sanidad castrense antes del gobierno constitucional de Nicolás de Piérola y la reforma militar (1895-1899). Aquí cubrimos una variedad de temas: el estado de la infraestructura cuartelaria y hospitalaria y la prevalencia de la tuberculosis en las filas del ejército decimonónico, el accionar del

personal médico en los conflictos del siglo XIX y la importancia que fue adquiriendo la higiene en las propuestas reformistas de estos profesionales.

Seguimos con “Médicos científicos y oficiales profesionales: críticas e ideas en común desde 1895 a 1920”, capítulo en el que sentamos las bases científicas que dieron impulso a las reformas del ejército y de la medicina en esos años. Analizamos de qué manera los galenos castrenses incorporaron las teorías del racismo científico y el Positivismo en sus reflexiones y propuestas, especialmente en la configuración de la “autogenia” como solución al “problema del indio” desde la perspectiva médico-militar.

En el capítulo III analizamos los aspectos organizacionales del Servicio de Sanidad Militar (1904), centrándonos en las relaciones que entabló el personal sanitario castrense con profesionales anexos como los oficiales y los médicos titulares. El lector también encontrará una aproximación a las capacidades estadísticas de la Sanidad Militar, aspecto fundamental para explicar el desempeño de esta institución en sus intentos de aplicar sus proyectos de reforma sanitaria. También veremos cómo entre los oficiales y médicos castrenses se gestó una cultura sanitaria en la que se compartieron concepciones de enfermedades y nociones comunes de higiene. Finalmente, en este capítulo examinamos el surgimiento de un incipiente espíritu de cuerpo entre los galenos militares a causa de las dificultades particulares que gran parte de ellos tuvo que sortear en el ejercicio de su profesión.

A continuación, nos encontramos con el capítulo IV: “Análisis de la infraestructura militar en las primeras décadas del siglo XX”. Aquí realizaremos un recorrido por el estado de la infraestructura sanitaria militar en las primeras décadas del siglo XX. En este capítulo examinaremos los lugares en los que transcurría la vida de los conscriptos, cubriendo desde la partida de sus lugares de origen a su estadía en los cuarteles urbanos, pasando por las condiciones en las que fueron atendidos en el hospital militar de San Bartolomé. Finalmente llegamos al capítulo V titulado “Enrolando gérmenes: el ejército peruano y las enfermedades en las primeras décadas del siglo XX”, donde precisamente evaluaremos el impacto que tuvieron patógenos como el bacilo de Koch y la *Treponema pallidum* en la vida de los conscriptos, así como los esfuerzos teóricos de los galenos por explicar la prevalencia de estos gérmenes en el ejército de inicios del siglo XX.

CAPÍTULO I

“SOLDADOS DE LA CARIDAD Y DE LA CIENCIA”: APROXIMACIÓN A LA SANIDAD MILITAR EN LIMA DE 1850 A 1895

[...] también entre esos mártires gloriosos [los soldados caídos] se encontraban los *soldados de la caridad y de la ciencia*, que marchaban en las filas de los combatientes, para recogerlos cuando caían [...] y llevar consuelos piadosos a sus acongojados espíritus”

Casimiro Ulloa (1890) *Los mártires de la guerra*. En *El Monitor Médico*, 1890, n.º 125, pp. 65-66

I.1. Presencia de enfermedades entre militares peruanos en el siglo XIX

En medio de fuertes gritos hacía su ingreso al hospital de San Bartolomé de Lima el soldado de 27 años Marcelino Centeno, natural de Acobamba (Huancavelica) el 12 de agosto de 1861. Se le asignó la cama N°99, en lo que a simple vista parecía un severo cuadro de dolores de estómago. Como hipótesis de diagnóstico el personal sanitario manejaba la intoxicación por plomo, en vista del color amarillento de la piel del joven Centeno⁷. Por tal razón se le recomendaron purgantes y eméticos de rutina

⁷ Rosas, F. (1862) *Cólico de plomo de los militares*. En *La Gaceta Médica de Lima*, 15 de julio de 1862, pp. 2-4

para hacer frente al también llamado "Saturnismo", mientras que para controlar los dolores se recurrió al uso de acetato de morfina. Gracias a estas medicinas, Centeno fue dado de alta después de 21 agónicos días en el nosocomio milita sin mayores complicaciones. Cuadros como el anterior eran comunes en una época en la que la medicina -especialmente en su vertiente castrense- era muy rudimentaria en su desarrollo, aplicando tratamientos genéricos y tradicionales como los purgantes y los agentes vomitivos⁸. No obstante, como veremos en este y los siguientes capítulos, Centeno estuvo entre los privilegiados.

Desde inicios de la época republicana, las enfermedades hicieron sentir su determinante presencia entre las tropas que recorrieron el territorio nacional. Ya para 1821 se afirmaba que la "fiebre amarilla" afectó al Ejército Libertador, al ejército realista y a la población en general en las zonas costeñas, lo que tempranamente nos muestra que las pestes fueron parte del intercambio entre civiles y militares, y entre las partes combatientes⁹. Es necesario agregar que el ejército peruano también fue capaz de crear de manera intencionada condiciones para la proliferación de las enfermedades contra sus enemigos, como se vio en el asedio de Lima en 1821 donde a causa de la hambruna se registraron fiebres y diarreas entre los habitantes de la otrora Ciudad de los Reyes¹⁰. En tal sentido, armas de fuego, gérmenes y acero fueron las que forjaron al país desde su concepción¹¹.

⁸ Siguiendo estándares actuales, las ideas que fundamentaban a la medicina militar de entonces eran las causantes de la muerte de los pacientes en varias ocasiones. Durante la Guerra Civil de EE. UU. (1861-1865), por ejemplo, se consideraba que la presencia del pus era un signo de mejoría en las heridas. Al respecto, consultar Rutkow, I. M. (2015) *Bleeding Blue and Gray*. Stackpole Books, p. 110. Durante la Guerra de Crimea (1853-1856), el 62% de los que sobrevivían a la amputación terminaban muriendo a causa de las infecciones postoperatorias. Sobre esto último, revisar a Gabriel, R. (2016) *Between Flesh and Steel: A History of Military Medicine from the Middle Ages to the War in Afghanistan*. University of Nebraska Press, pp. 152-161.

⁹ Cervera, F. G. (1978) *Las enfermedades en la trayectoria del libertador San Martín*. Santa Fe: Universidad Nacional del Litoral, pp. 211-212. No olvidemos que muchos oficiales realistas se pasaron a las fuerzas patriotas durante la guerra de independencia, por lo que resulta del todo plausible que esta activa movilidad conectara ambos ejércitos, al menos en lo que a enfermedades se refiere. Sobre los famosos "pasados", revisar Velásquez, D. (2018) *Ejército, política y sociedad en el Perú, 1821-1879*. En *Trashumante*. *Revista Americana de Historia Social*, 2018, n°12, 149.

¹⁰ Valdez, J. M. (1827) *Memoria sobre las enfermedades epidémicas que se padecieron en Lima el año de 1821 estando sitiada por el Ejército Libertador*. Lima: Imprenta de la Libertad por J. Masías, p. 29.

¹¹ Parafraseamos el título del famoso libro de Jared Diamond donde se consigna que no basta con explicaciones monocausales como la raza a la hora de analizar a las sociedades humanas, debiendo tomarse en cuenta diversas variables ambientales como la existencia de patógenos, disponibilidad de alimento, desarrollo tecnológico y otros más. Al respecto, revisar Diamond, J. (1999) *Guns, germs, and steel. The fates of human societies*. New York, London: W. W. Norton & Company.

Para explicar el papel de las enfermedades en el siglo XIX es imprescindible abordar las teorías médicas de la época que intentaban explicarlas y -por lo tanto- responder ante ellas o controlarlas. Durante gran parte del referido siglo fue la teoría miasmática la que brindó sentido a lo que los médicos veían como los efluvios causantes de las diversas enfermedades del ser humano¹². Lo destacable para nuestros fines es que en las circunstancias más apremiantes la medicina necesitó del auxilio del ejército peruano para hacer frente a las pestes, como en la epidemia de fiebre amarilla que asoló Lima y Callao en 1868. Artilleros fueron convocados para que dispararan al aire por dos semanas seguidas para mitigar los supuestos “miasmas” con pólvora ante la urgencia de la gran cantidad de muertos y convalecientes¹³. Como veremos posteriormente, el ejército peruano siguió siendo tenido en cuenta por los galenos para las luchas contra otras epidemias, así como otros “problemas nacionales”, al amparo de esta y otras teorías médicas.

Conocido por los investigadores es que el siglo XIX fue la época de los ejércitos, donde la sociedad peruana se militarizó a causa de las luchas de poder entre diversos caudillos y sus tropas por intereses particulares¹⁴. Pero el ejército decimonónico fue mucho más que un fragmentado cuerpo: fue la oportunidad para que muchos individuos pudieran moverse ascendentemente en las jerarquías sociales¹⁵. Asimismo, fue también la vía de acceso a montepíos que permitieran asegurar la familia de los efectivos, manteniendo el “decoro” de viudas e hijas frente a la muerte de los oficiales varones¹⁶. Con todo, el ejército también representó una amenaza a quienes lo integraron debido, precisamente, a las condiciones en las que se encontraba el ejército en esta época y las formas en las que actuaba. Acantonados en cualquier lugar disponible, el pésimo estado de las ciudades y los poblados

¹² Rivasplata, P. (2015) *El clima 'miasmático' limeño según algunas percepciones de autoridades, médicos y viajeros durante los siglos XVI al XIX*. En *Temas Americanistas*, 2015, n° 34, p.76.

¹³ Sobre los artilleros del ejército disparando al aire en plena epidemia de fiebre amarilla, revisar Orrego, J. L. (2021) *Una historia de la epidemia de fiebre amarilla en Lima, 1868*. En *Pie de Página*, 2021, n°5, p. 7. Sobre la mortalidad de la fiebre amarilla en Lima y el Callao en dicha epidemia, revisar Inga, S. & Carcelén, C. (2019) *La epidemia de fiebre amarilla en el puerto del Callao durante 1868*. En *Espiral*, revista de geografías y ciencias sociales, 2019, 1:2, p. 191.

¹⁴ Toche, E. (2008) *Guerra y democracia: los militares peruanos y la construcción nacional*. Lima: Desco, pp. 24-25.

¹⁵ Velásquez, D. (2018) *Ejército, política y sociedad en el Perú, 1821-1879...*, p. 151.

¹⁶ Sobrevilla, N. (2016) «*Hallándome viuda sin recursos, sin apoyo y en la más deplorable situación*»: *El montepío militar y la creación del Estado en el Perú (1800-1880)*. En *Caravelle. Cahiers du monde hispanique et luso-brésilien*, 2016, n°106, pp. 15-30.

decimonónicos creaban las condiciones prolíficas para el surgimiento de enfermedades entre los uniformados¹⁷. En cuanto a las formas en las que estos actuaban, la lucha en el campo de batalla era dirigida por el brío de algunos oficiales politizados que dirigían ejércitos de levados pobremente preparados. Si estos hombres enfermaban, podían seguir levando más a otros, desatendiendo a los que fueron previamente incorporados a la fuerza¹⁸. Entre los cuadros que padecía la tropa encontramos todo tipo de condiciones médicas, desde aquellas consideradas propias de sociedades no industriales hasta aquellas de tipo degenerativo, si bien la proporción se inclinaba hacia las primeras¹⁹. Así, se tienen aquellas de tipo gastrointestinal –especialmente la disentería-, otras surgidas en el fragor de la batalla tales como las heridas de arma blanca y de fuego, así como el reumatismo, el paludismo y las fiebres de hospital -principalmente en su forma "tifoidea"²⁰. Otras aparecían esporádicamente para cebarse con las hacinadas tropas, destacando entre ellas el terrible tifus exantemático²¹.

Entre intensos dolores y malas condiciones de vida, la existencia de los soldados peruanos en el siglo XIX fue muy dura para muchos de los jóvenes que hicieron su servicio militar o fueron levados a la fuerza. Precisamente sobre esto último, los efectivos peruanos carecieron muchas veces del uniforme más básico para poder llevar a cabo sus labores de rutina a causa de un ejército que, para empezar, ni siquiera podía costear por el buen aprovisionamiento de sus fuerzas. En 1878, a un año del estallido de la Guerra del Pacífico (1879-1883), el médico militar Evaristo Chávez -futuro director de la Sección de Sanidad Militar décadas después- daba cuenta de las condiciones de vida de la tropa que acompañaba, señalando que:

Cuerpos [del ejército] hay en que la única ropa de cama que tienen es el vestido que les sirve de día [...]; mientras que por otro lado causan un notable contraste los

¹⁷ Sobre la higiene ambiental a mediados del siglo XIX en los centros poblados peruanos, ver Lossio, J. (2002) *Acequias y gallinazos: Salud ambiental en Lima del siglo XIX*. Lima: IEP, pp. 27-28.

¹⁸ Velásquez, D. (2019) *La reforma de la conscripción en el Perú en el tránsito del siglo XIX al XX. La aplicación de la Ley del Servicio Militar Obligatorio de 1898*. En *Historia Caribe*, v. XIV, n°35, p. 216.

¹⁹ Se debe tener presente que históricamente la tuberculosis ha sido señalada como la "enfermedad de los pobres", ya sea en ambientes urbanos o rurales, incidiendo más en los primeros que en los segundos. Debido a esto, la tisis también fue la enfermedad preponderante durante la segunda mitad del siglo XIX en países industrializados, como sostiene Thomas Dormandy en *The White Death: a history of tuberculosis* (1999) London: The Hambledon Press, pp. 73-84. Como veremos, también tuvo una tradicional fuerte presencia en los países de corte rural.

²⁰ Medina, L. (1989) *El Ejército en la República: siglo XIX*. Lima: Comisión Permanente de Historia del Ejército del Perú, p. 406.

²¹ Cartwright & Biddiss (2000) *Disease & History*. London: Sutton Publishing, pp. 83-107.

pantalones sencillos para estaciones de invierno; la falta de calzado, en otros, y, en fin, la miseria de sus organismos dice más elocuentemente cuanto pudiéramos hablar a este respecto.²²

Dicho esto, no deben sorprender al lector casos como el del soldado Vicente Anaya, ayacuchano ingresado el 23 de marzo de 1874 al hospital militar de Lima. El propio Anaya dio cuenta que, cumpliendo su turno de vigilia, “recibió la lluvia por todo el tiempo que permaneció de centinela” a las 2:00am, trayéndole como consecuencia fiebre, náuseas, tos y cefalalgia. Al acudir al nosocomio recibió como diagnóstico un complicado cuadro de “neumonía del pulmón izquierdo en su base y en el lóbulo inferior del derecho”²³. Compárese esto con la mayor complejidad del cuadro de otro militar dos años después de lo ocurrido con el soldado Anaya. Es fue el caso del soldado cusqueño Raimundo Andrade, internado en Lima el 13 de octubre de 1876. Postrado en la cama 14, sufría de “enflaquecimiento considerable”, insomnio, estreñimiento, hígado inflamado, respiración agitada y episodios de erupciones cutáneas que aparecieron en todo su cuerpo dos meses antes de su ingreso a San Bartolomé. Siendo tan variados los síntomas, algunos de los cuales estuvieron presentes con anterioridad, se hacía complicado diagnosticar las enfermedades que sufría el soldado Andrade, todo ello a sus cortos 17 años²⁴.

Precisamente sobre estas erupciones cutáneas padecidas por el soldado Andrade nos detendremos un momento. Una de las enfermedades que se presentaba en la sierra era el tifus, caracterizada por erupciones cutáneas en el cuerpo de los pacientes. Tal condición médica se manifestaba en repentinas y severas epidemias que recorrían los Andes, azotando a aquella población que -en última instancia- históricamente conformaban el grueso de las tropas del ejército: los indígenas. Esta asociación entre estos pobladores, la institución militar y el tifus ya era conocida con anterioridad, considerándose a la tropa como agente de difusión de este mal. Por ejemplo, en 1856 el cirujano militar José Mariano Macedo realizó autopsias a efectivos del Ejército en medio de una serie de epidemias, llegando incluso a proponer que

²² Chávez, E. *Intoxicación saturnina de los soldados del ejército*. En La Gaceta Médica de Cirugía y Medicina, 31 de enero de 1878, p.20

²³ Arbayza, Toribio. *Hospital Militar de San Bartolomé*. En La Gaceta Médica de Cirugía y Medicina, 19 de junio de 1875, p. 2.

²⁴ *Error de Diagnóstico. Historia de un enfermo del Hospital de San Bartolomé del Departamento del Doctor Ganoza*. En La Gaceta Médica de Cirugía y Medicina, 25 de noviembre de 1876, p. 2.

existía una variedad denominada “tifus de Huaraz”²⁵. Según sus planteamientos, los propios soldados fueron los que difundieron estas y otras enfermedades en diversas regiones a causa de la gran movilidad propia de la vida militar, lo cual agravó las grandes epidemias que recorrieron los Andes en las décadas de 1850 y 1860²⁶. Para el caso del tifus contamos con el testimonio del galeno civil Leonardo Villar en 1860:

[...] Como a consecuencia de la derrota de La Palma, los soldados del general Echenique, conservadores del germen tifoideo (sic) se retirasen por todas partes, fueron suministrando material para el pronunciamiento de la epidemia, principalmente en las aldeas [...]²⁷

Nótese que la batalla de la Palma (5 de enero de 1855) tuvo lugar cerca de Miraflores (Lima), donde las fuerzas leales a Ramón Castilla vencieron a las tropas constitucionales del presidente Rufino Echenique²⁸. Como lo atestigua el Dr. Villar, con el movimiento de tropas también se desplazaba la enfermedad. Su agente patógeno, la *Rickettsia prowazekii*, tuvo presencia desde tiempos coloniales -donde era conocida como "Hatun Onkoy", "gran enfermedad" o "tabardillo"²⁹- y -como señala el autor- se sospechaba que en el siglo XIX este flagelo se valió del movimiento de tropas para causar brotes en el país.

Regresando a la capital de la República, es necesario que mencionemos un tipo de padecimientos que tuvo gran prevalencia entre las tropas allí acantonadas: las enfermedades gastrointestinales. La Lima de mediados del siglo XIX no se caracterizaba precisamente por tener un buen manejo de las excretas humanas y de animales: todo lo contrario, el sistema de acequias que servía a la ciudad se encontraba desbordado. El Dr. Francisco Rosas sostuvo en 1857 que las aguas negras no circulaban correctamente, lo que formaba "montones más o menos considerables de materia fecal" en las calles cuya eliminación se dejaba a la

²⁵ Ruiz, F. *Dos palabras sobre la fiebre amarilla y las intermitentes por el médico de sanidad militar D. Florentino Díaz Ruiz*. En *La Gaceta Médica*, 30 de noviembre de 1860, pp. 2-4.

²⁶ Al respecto, consultar Macera, P. (1974) *Las plantaciones azucareras en el Perú*. Lima: UNMSM, pp. cii-ciii.

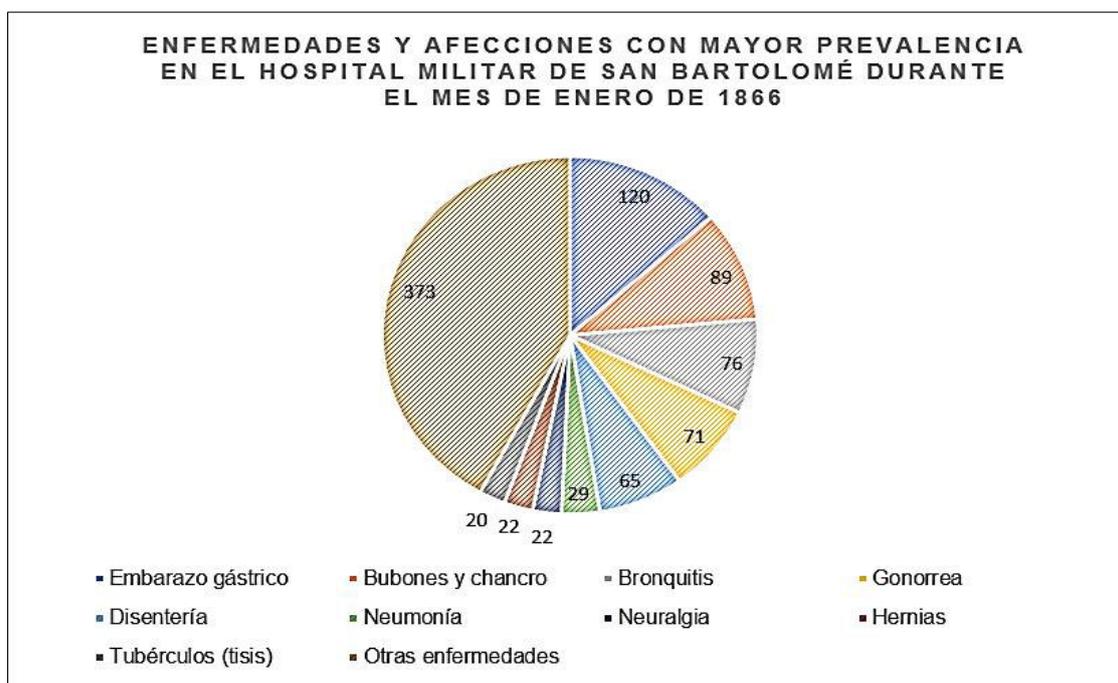
²⁷ Villar, L. (1860) *Higiene Militar*. En *La Gaceta Médica*, 31 de marzo de 1860, p. 2. En el texto, "Tifoideo" hace alusión al tifus, desde que el artículo en su totalidad versa sobre esta enfermedad. Hermilio Valdizán sostuvo que el tifus era confundido con la tifoidea, llamándose a ambas "tabardillo". Al respecto, consultar a Valdizán, H. (1922) *La Medicina Popular*, p. 265, citado en Cueto, M. (2010) *El Regreso de las Epidemias*. Lima: IEP-Cayetano Heredia, p. 100.

²⁸ Basadre, J. (2014) *Historia de la República del Perú*. Lima: El Comercio, t. 4, pp. 231-234.

²⁹ Valdizán, H. (1922) *La Medicina Popular*, p. 265, en Cueto, M. (2010) *El Regreso de las Epidemias*. Lima: IEP-Cayetano Heredia, p. 100.

"evaporación"³⁰. Por lo tanto, no extraña que las fiebres y diarreas hayan tenido una importancia manifiesta en las estadísticas de la ciudad que recibía a los conscriptos y levados. Véanse, por ejemplo, las cifras correspondientes al primer trimestre del año 1866 en el hospital militar de San Bartolomé:

Cuadro N.º 1³¹



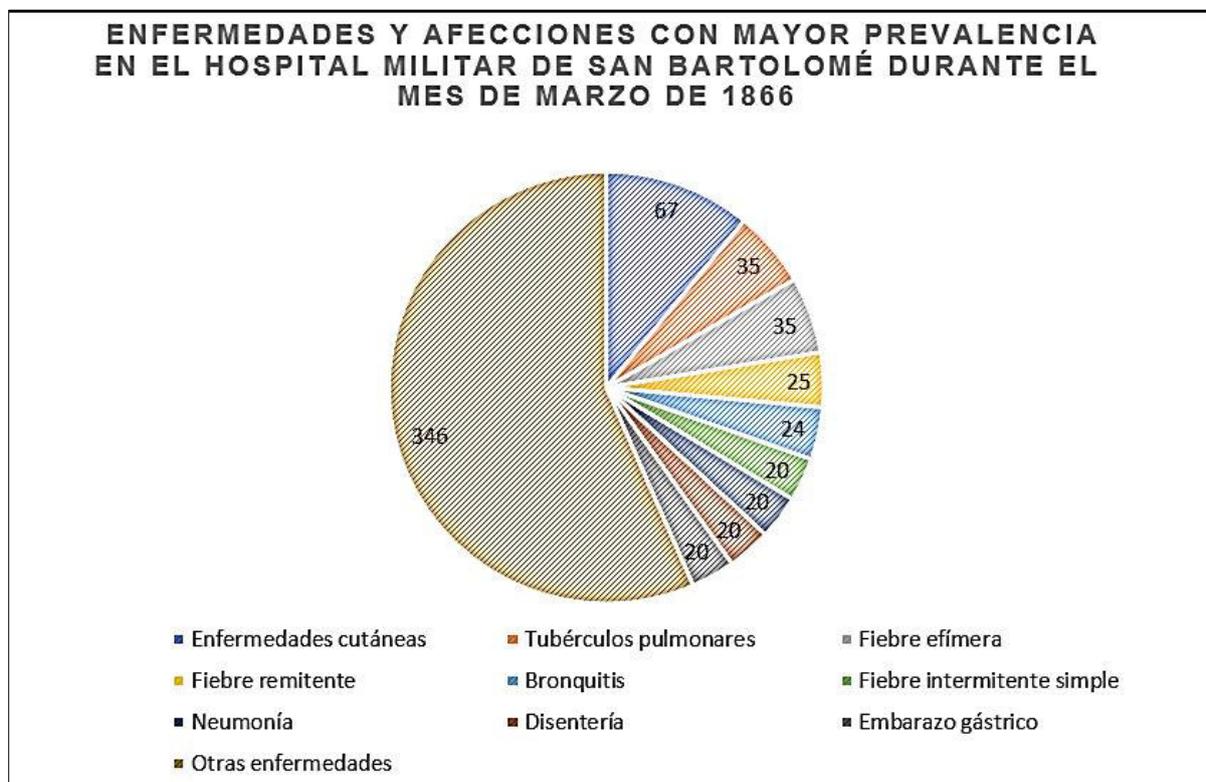
Las estadísticas que corresponden al mes de enero de 1866 revelan la mayor prevalencia de tres tipos de condiciones médicas: las mencionadas de tipo gastrointestinal (síntomas como el "embarazo gástrico" + enfermedades como la disentería: 185 casos), pero también las infecciones de transmisión sexual (bubones sífilíticos + chancro: 160 casos) y cuadros respiratorios (bronquitis + neumonía + tuberculosis: 125 casos). Compárense estos números con los de marzo del mismo año en el hospital militar de San Bartolomé. En estos guarismos recopilados por el interno Felipe Ramos, las infecciones respiratorias ocupan el primer lugar de prevalencia (tubérculos pulmonares + bronquitis + neumonía, 79 casos). Siguen las enfermedades cutáneas, con 67 casos registrados. En tercer lugar, aparecen las

³⁰ Rosas, Francisco. *Crónica Médica de la Capital*. En *La Gaceta Médica*, 31 de agosto de 1858, p.4

³¹ Fuente consultada: Ramos, F. S. (1866) *Crónica de Hospitales - Hospital de San Bartolomé*. En *La Gaceta Médica*, 30 de abril de 1866, p. 7.

enfermedades gastrointestinales, sumando la disentería y los embarazos gástricos 40 soldados tratados.

Cuadro N.º 2³²



Así como las enfermedades gastrointestinales mantuvieron su presencia en las estadísticas recopiladas entonces, vemos que surgen otros padecimientos médicos cuya prevalencia era destacada. Enfermedades como la bronquitis, la neumonía y la tuberculosis aparecieron en la estadística del hospital militar de San Bartolomé, algunas veces ocupando los primeros lugares. Otra condición que también figuraba eran las enfermedades cutáneas causadas por la falta de higiene de los soldados.

Por último, las infecciones de transmisión sexual fueron otro flagelo presente en la vida de la tropa peruana, como se puede ver en el cuadro de enero de 1866. Sin embargo, ya desde el siglo XIX vemos que la responsabilidad sobre el contagio de estas enfermedades venéreas no recayó necesariamente sobre el efectivo militar³³. Personal médico en la época creía que las culpables eran las famosas "rabonas",

³² Fuente consultada: Ramos, F. S. (1866) *Cuadro estadístico de las enfermedades que se han medicinado en el Hospital de S. Bartolomé*. En La Gaceta Médica de Lima, 15 de junio de 1866, p. 236.

³³ Medina, L. (1989) *El Ejército en la República: siglo XIX...* p. 411.

siempre presentes en los desplazamientos de los ejércitos que recorrieron el territorio nacional. En la cultura militar peruana -al menos, desde la independencia- estas mujeres eran toleradas como parte de los cuerpos del ejército por cumplir múltiples funciones, por ejemplo, evitando que los soldados deserten, abasteciendo a la tropa de alimentos y diversos enseres cruciales para cualquier esfuerzo bélico³⁴. Desde el punto de vista republicano, el "ciudadano armado" estaba movilizado para defender la "constitución" y las "leyes" frente a otros soldados que las amenazan³⁵. Se entendía que a tal "ciudadano armado" varón le correspondía una mujer que complementa sus labores y su existencia:

*El infante sería un cuerpo sin alma, si él no tuviese una paisana. La paisana ha sido creada para él, como él ha sido creado para la paisana. Se aman y se comprenden. Acompaña a la paisana que es buena muchacha. [...] en el paseo se sienta [el infante] cerca de la paisana y le cuenta cosas dulzurosas [...]»*³⁶ (cursivas nuestras)

Compárese esta visión positiva de la rabona con la crítica mirada del tesista de medicina Clodomiro Cárdenas un par de años antes, en 1888:

*Es también obligación de los cirujanos el examen trimestral de los que se inutilicen en el servicio para separarlos de él, así como de las mujeres de los soldados, para evitar el desarrollo de las enfermedades sifilíticas»*³⁷ (cursivas nuestras)

Para el tesista de medicina Cárdenas, eran objeto del celo médico tanto los soldados como sus "mujeres". Lo que nos llama la atención es que aquí se deja ver que son las rabonas las que hacen posible el "desarrollo de las enfermedades sifilíticas". Según esta argumentación, al entrar a los ambientes propiamente militares, ellas hacían posible el contagio de estos padecimientos venéreos. Reconocidas como

³⁴ Basadre, J. (2002) *La Iniciación de la república: contribución al estudio de la evolución política y social del Perú*. Lima: Fondo Editorial de la UNMSM, pp. 123-124. Para una visión menos esquemática de la figura de la *rabona*, véase Mazzeo, C. (2018) "Pagando por la guerra: comercio y finanzas: Entre la Independencia y la Guerra de la Confederación". En McEvoy, C. & Rabinovich, A. (2018) *Tiempo de Guerra: Estado, nación y conflicto armado en el Perú, siglos XVII-XIX*. Lima: IEP, p. 210. Sobre cómo la rabona fue empleada para evitar la desertión de las tropas levadas, así como su empleo en las narrativas nacionales y costumbristas decimonónicas, consultar a Miseres, V. (2014) *Las últimas de la fila: representación de las rabonas en la literatura y cultura visual decimonónica*. En *Revista de Crítica Literaria Latinoamericana*, 2014, 40:80, p. 190.

³⁵ Sobrevilla, N. (2007) "Ciudadanos armados: las Guardias Nacionales en la construcción de la nación en el Perú de mediados del siglo XIX". En Chust, M. y Marchena, J. (2007) *Las armas de la nación. Independencia y ciudadanía en Hispanoamérica (1750-1850)*. Madrid: Iberoamericana, p. 178.

³⁶ *El Infante*. En *Revista Militar y Naval*, enero de 1893, p. 559

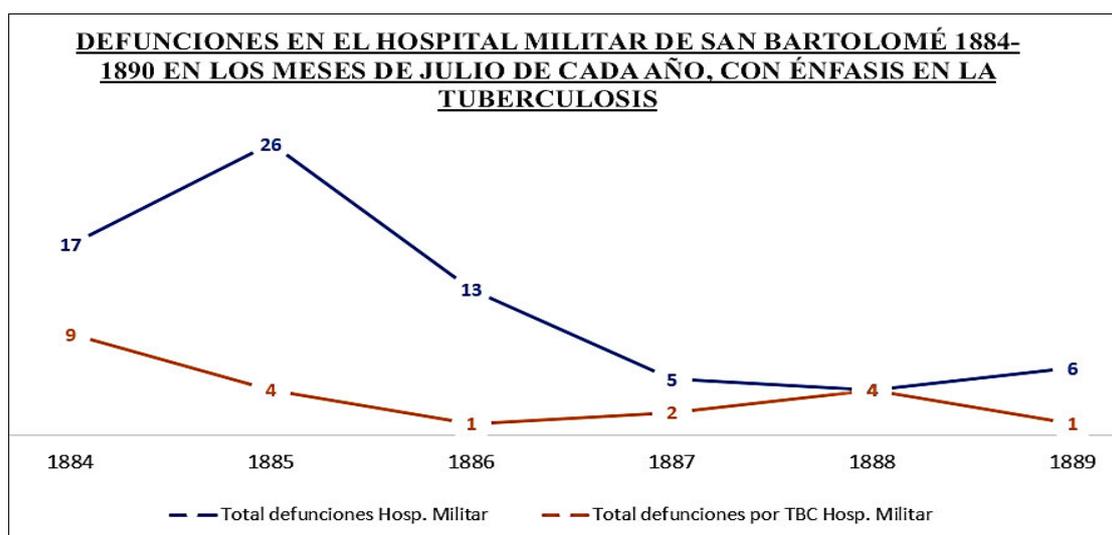
³⁷ Cárdenas, C. (1888) *Servicio sanitario para el Ejército*. Lima: Facultad de Medicina, p. 10

imprescindibles para el ejército hasta entonces, era necesario que se las examine médicamente y -de ser el caso- se las separe. En los próximos capítulos expandiremos más sobre este punto.

I.2. Una aproximación a la prevalencia de la tisis en el ejército peruano durante la segunda mitad del siglo XIX

Dentro de las enfermedades mencionadas hasta ahora, queremos prestar especial atención a una en particular, tanto por su impacto real en las filas del ejército como por lo que su presencia representaba para la época: nos referimos a la tuberculosis. Esta era una enfermedad que hacía manifiesta su presencia en las estadísticas de mortalidad capitalina a mediados del siglo XIX, a juzgar por lo señalado por Manuel Atanasio Fuentes, quien sostuvo que “después de las fiebres, la tisis es la enfermedad que más hace sentir en Lima sus funestos resultados: enemiga de la adolescencia, ocasiona muchas muertes prematuras [...]”³⁸. Para una vista más ilustrativa, véase el siguiente cuadro donde graficamos la cantidad de defunciones en San Bartolomé para 1884, año clave porque se pasaba de una condición de conflicto a un periodo de paz y reconstrucción luego de concluida la Guerra del Pacífico:

Cuadro N.º 3³⁹



³⁸ Fuentes, M. A. (1858) *Estadística General de Lima*. Lima: Tipografía Nacional de M. N. Corpancho, p. 56.

³⁹ Cuadro elaborado en base a Alvarado, T. (1891). *Estadística de la tuberculosis general de Lima y particulares del Panóptico del Hospital Militar de San Bartolomé*. Lima: Tesis para obtener el grado de Bachiller en Medicina, pp. 80-84

En base a esta gráfica podemos sostener que la también conocida como "tisis" fue responsable al menos de una muerte en el hospital militar en cualquiera de los años cubiertos (1884-1889), llegando incluso a cubrir la totalidad de defunciones en 1888 (4 fallecidos, todos tísicos). Había que buscar soluciones. El Ejército ya había identificado este problema con anterioridad, a juzgar por sus intentos de hacerle frente a esta situación con la construcción de sanatorios en las serranías, concretamente Jauja⁴⁰. Según esta lógica, en esta región de altura la tropa conseguiría "restablecer su salud" ante esas "enfermedades en las cuales obra con mayor eficacia el temperamento que la acción de las drogas"⁴¹. Esta observación nos llama la atención puesto que, como observábamos anteriormente, la mayoría de los soldados en el siglo XIX provenía principalmente de la sierra, tanto las montoneras como los concriptos del ejército⁴². Por si fuera poco, muchas de estas concepciones climatológicas sobre la tuberculosis ya habían sido cuestionadas a mediados del siglo XIX⁴³. ¿Para qué enviarlos a la sierra si de allí provenían estos efectivos en primer lugar? Una explicación plausible a algunos galenos era que estos efectivos contraían la tisis tras haber permanecido acuartelados en Lima, no en sus supuestamente prístinas alturas andinas. Aparentemente, mientras más permanecieran en la capital los soldados, más graves se ponían los cuadros tuberculosos, lo que irremediablemente terminaba en la muerte del efectivo en Lima o de regreso a su lugar de origen. Esta fue una creencia presente en importantes representantes del gremio médico como el galeno Leonidas Villar, el cual reflexionaba sobre la higiene militar de esta manera en 1860:

⁴⁰ Sobre este tópico, aparte de médicos extranjeros como Archibald Smith y las propuestas del expresidente Manuel Pardo sobre posibles tratamientos para la tuberculosis en las alturas del Perú, se tuvo el caso de Julián Sandoval, médico militar peruano que participó en la Guerra del Pacífico y propuso la habilitación de camas en Jauja para los soldados. Sobre esto, revisar Lossio, J. (2009) La ciencia médica y la salud pública en el Perú decimonónico: la visión del médico británico Archibald Smith. En Cueto, M. (ed.) *El rastro de la salud en el Perú*. Lima: IEP-Cayetano Heredia, pp. 103 y 155. Él fue uno de los especialistas en medicina militar que abogaba por establecer un servicio de sanidad militar especializado en el país. Sobre esto último, consultar Arias-Schreiber Pezet, J. (1984) *Médicos y farmacéuticos en la Guerra del Pacífico*. Lima: Comisión Nacional del Centenario de la Guerra del Pacífico, p. 147.

⁴¹ Ministerio de Guerra y Marina (1862) *Memoria que presenta al Congreso el Ministro de Guerra y Marina, año 1862*. Lima: Imprenta de la Época por J. E. del Campo, p.16.

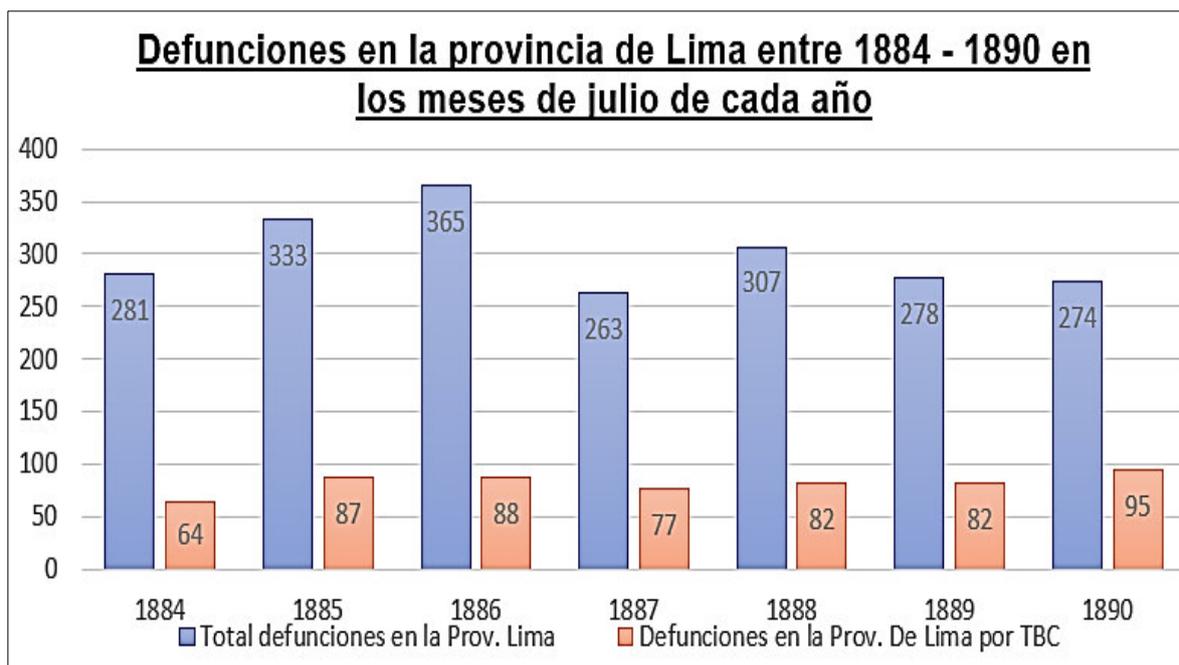
⁴² Velásquez, D. (2018) *Indios, soldados sin patria: la conscripción militar en el Perú durante el siglo XIX*. En "En líneas generales", 2018, N°2, pp. 60 y 64.

⁴³ Carey, M. (2014) *Climate, medicine, and Peruvian health resorts*. En Science, technology and human values, p. 805.

En efecto, desde que en el Perú los individuos de tropa, *naturales de la sierra* en su mayor parte y tomados por reclutaje, sin tenerse en cuenta su constitución y aptitud... Es un hecho confirmado entre nosotros, que el clima de la costa, principalmente el de esta Capital, favorece el desarrollo de los tubérculos pulmonares [...] Ojalá que alguna vez pudieran conciliarse las exigencias del servicio con las necesidades del soldado, *haciendo que la residencia de este en la costa fuera solo temporaria* [...] ⁴⁴ (cursivas nuestras)

Para corroborar la hipótesis anteriormente planteada la tuberculosis tenía que estar presente en la Lima decimonónica que tuberculizaba a los militares serranos. En base a las estadísticas acopiada por miembros de la Academia Nacional de Medicina desde los años inmediatos de posguerra hasta 1890 podemos elaborar un cuadro de barras diferenciando a los fallecidos por tuberculosis de los que murieron a causa de heridas de guerra, disentería y otras condiciones en la ciudad⁴⁵. Asimismo, analizaremos la mortalidad de un año en concreto -1886- desagregando las diversas causas de muerte para ver la prevalencia de la tuberculosis sobre otras enfermedades.

Cuadro N.º 4⁴⁶

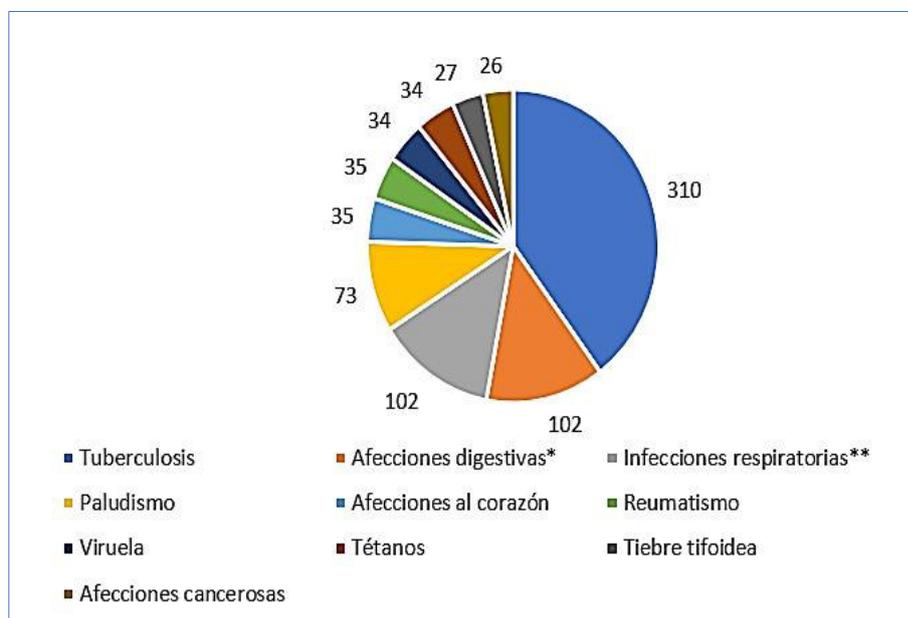


⁴⁴ Villar, L. (1860) *Higiene Militar...*, pp. 61-62.

⁴⁵ El entonces tesista Alvarado sostuvo para 1891 que de 455 muertes que él logró sistematizar a través de las estadísticas del Concejo Provincial de Lima. De estas, 167 tuvieron a la tisis como causa, contraponiéndose a las 83 por heridas en las guerras civiles posteriores al conflicto con Chile. Consultar al respecto Alvarado, T. (1891) *Estadística de la tuberculosis general de Lima...*, p. 84.

⁴⁶ Cuadro elaborado en base a los datos publicados en Alvarado, T. (1891). *Estadística de la tuberculosis general de Lima...*, pp. 80-84.

Cuadro N.º 5: Defunciones por causa identificada en el primer trimestre de 1886 en Lima⁴⁷



En efecto, en ambas gráficas se puede apreciar la gran mortalidad que causaba la tuberculosis entre la población de Lima. En base a las cifras presentadas en el cuadro de barras mostrado, el promedio de muertos en Lima en los meses de julio de 1884-1890 fue de 300, mientras que el promedio de fallecidos por tuberculosis fue de 82, lo que representa aproximadamente un 27% el porcentaje de tísicos que aparecieron en las estadísticas de mortalidad en Lima para el periodo descrito. Centrándonos en un año concreto por el nivel de detalle que nos brinda (1886), vemos que, de los 781 fallecidos con causa identificada, 310 eran por tuberculosis, lo que nos arroja aproximadamente un 39.6% del total de muertos, un número mayor al 27% mencionado anteriormente. En conclusión, durante los primeros seis años del periodo de Reconstrucción Nacional, podemos sostener que al menos 1 de cada 4 fallecidos fueron por tisis en Lima según la percepción de las autoridades médicas competentes.

Lo señalado hasta ahora nos muestra que, durante su estancia en la capital, era *probable* para el personal militar poder contraer la tuberculosis, en cuanto esta tenía una gran presencia en las cifras de mortalidad en Lima durante gran parte de la década de 1880. En los siguientes capítulos veremos cuántos meses en promedio

⁴⁷ Cuadro elaborado en base al artículo "Demografía, nacimientos y defunciones en Lima: primer trimestre (estío) de 1886", en *Monitor Médico*, 1886, tomo II, pp.44-47

demoraban los soldados en desarrollar la tisis a inicios del siglo XX, qué tipos de tuberculosis predominaron en los cuarteles y cómo era el proceso de licenciamiento por enfermedades durante los años de la reforma militar. Veamos a continuación cuál era el estado higiénico de la infraestructura militar y sanitaria durante el siglo XIX y si esta facilitaba el contagio por tuberculosis entre los soldados acantonados.

I.3. Aproximación al estado higiénico de infraestructura militar y sanitaria durante el siglo XIX

Para observar el estado higiénico de la infraestructura militar, primero debemos aclarar ciertas cuestiones. Generalmente se tiende a establecer una diferencia entre infraestructura de guarnición y de campaña, distinción que -como veremos- en el siglo XIX no era del todo definida para entonces. Lo que disponía el ejército peruano para acuartelar sus tropas era un conjunto variado de edificaciones, las que incluían cuarteles propiamente dichos, pero también iglesias, haciendas, conventos, casas particulares y hasta el Parque de la Exposición, espacios que en algún momento sirvieron como infraestructura sanitaria y habitacional para los efectivos en algún conflicto pero que continuaron ocupadas en tiempos de paz⁴⁸.

Pese a la heterogeneidad, sí existieron algunas características en común a todos los establecimientos anteriormente mencionados: la falta de higiene, las deficiencias en el mantenimiento y la ausencia de espacios diferenciados para fines particulares⁴⁹. El

⁴⁸ Para el caso de los denominados “hospitales de sangre”, Lourdes Medina sostiene que estos estaban integrados por barracas o tiendas para hospitalizar a los heridos que hayan recibido los primeros auxilios de las ambulancias militares o civiles. Se usaban para iguales fines los conventos, teatros, iglesias, colegios y otros lugares que reunían las condiciones higiénicas.” (Medina, L. 1989, *El Ejército en la República: siglo XIX...*, p. 455). Por su parte, Arias-Schreiber Pezet sostiene que se llamaban así “porque su finalidad era brindar la atención médico-quirúrgica a los heridos de la contienda”. (1984, p. 89). En otras palabras, allí se atendían los heridos por impacto de bala o arma blanca. Durante la Guerra del Pacífico, en Lima se habilitaron tres hospitales de sangre: Santa Sofía, Parque de la Exposición y la hacienda Villegas. Una cuarta fue el de San Pedro, en el convento del mismo nombre, que contaba con su sistema de ambulancia o recojo de heridos. Para más información, consultar Arias-Schreiber Pezet (1984) *Médicos y farmacéuticos en la Guerra del Pacífico*. Lima: Comisión Nacional del Centenario de la Guerra del Pacífico, p. 89.

⁴⁹ Michel Foucault argumenta que uno de los objetivos de la disciplina es que cada uno de los espacios tenga su función exclusiva, complementándose entre ellos para así aumentar la capacidad de

hacinamiento a causa de la inadecuada infraestructura de estos edificios, la mayoría de ellos para fines inicialmente no concebidos como militares fue un problema que reclamaba respuesta, sobre todo cuando súbitamente se pasaba de los aproximadamente 3000 efectivos que constituía el ejército en tiempo de paz a cifras que superaban los 6000 hombres en tiempos de guerra para el siglo XIX⁵⁰. Las casas particulares entonces se volvieron lugares de residencia ante esta demanda de cuarteles. Aquellos lugares se volvieron a la vez espacios de conservación de la salud, especialmente en el caso de los oficiales, ya que muchos de ellos se medicaban en sus domicilios para evitar acercarse al hospital militar⁵¹. Los altos mandos conocían sobre la relación entre el idóneo estado de la infraestructura, la conservación de la higiene, la comodidad de los soldados, la correcta formación militar y la buena salud de los efectivos, señalándose a mediados del siglo XIX que "hay necesidad de proporcionarle cuarteles con las condiciones que se requieren para conservar la salud y la disciplina de la tropa"⁵². Pero muchas veces la propia

perfeccionamiento del aparato en cuestión, ya sea militar, médico o penitenciario (*Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*, 2002, pp. 146-147).

⁵⁰ Véase la Memoria que presenta al Congreso el Ministro de Guerra y Marina, año 1862 (1862) ... p. 2. En el caso de las provincias, ante la carencia de hospitales, se optó por el botiquín como forma de curación inmediata de la tropa. Al respecto, véase Medina, L. (1989) *El Ejército en la República: siglo XIX...* p. 419). Sobre la temprana república, nótese que la capacidad instalada de camas un par de décadas antes de la independencia era de 1000, repartidas en 50 enfermerías para 60 000 habitantes (1780) cubriendo los siguientes hospitales de origen colonial: San Andrés, Santa Ana, San Bartolomé, Santa María de la Caridad, San Juan de Dios, San Lázaro, Incurables, Del Espíritu Santo, Barbones y Camillas (Ugarte Taboada, C. 2000. *Historia de los Servicios de Emergencia de Lima y Callao*. En Revista Médica Herediana, 2000, 11:3, pp. 97-98). Para 1821, la población se mantuvo estacionaria respecto a 1780, pero la situación de crisis económica y la inestabilidad política afectaron la cantidad de camas disponibles para las tropas que iban y venían a la capital. Para una aproximación de la situación demográfica limeña a inicios de la República, véase Reyes, A. (2002) *Finanzas en el Perú: 1895-1914*, en Investigaciones Sociales, 2006, 6:10, p. 71.

⁵¹ La atención domiciliaria fue aceptada como solución a la ausencia de ambientes sanitarios y no hacinados, para ser posteriormente suspendida tras el aumento de capacidad instalada de camas del hospital militar a finales del siglo XIX (*El Ejército en la República*, 1989, p. 433). Pero también hubo otro motivo por el cual los oficiales preferían atenderse en sus casas, y es que el hospital de San Bartolomé había sido tradicionalmente considerado un refugio para la población de origen africano, quienes esclavizados y pobres malvivían dentro de los muros de la ciudad. Con la independencia, pese a que se centró en asistir a miembros del ejército, San Bartolomé continuó recibiendo a los enfermos de pocos recursos. Sobre esto último, revisar Tardieu, J. P. (2002) *San Bartolomé y Santa Ana: la salud de los afroperuanos en Lima a fines de la Colonia*. En BIRA, 2002, n°29, pp. 190-191.

⁵² Ministerio de Guerra y Marina (1862) *Memoria que presenta al Congreso el Ministro de Guerra y Marina, año 1862...* p. 21. Con todo, no olvidar que la medicina militar de mediados del siglo XIX había heredado muchos componentes de la medicina colonial. Vemos ello no solo en las explicaciones miasmáticas a la hora de abordar la nosología de enfermedades (Lossio, J. 2002. *Acequias y gallinazos...*, p. 15) sino también en la permanencia de elementos de piedad y caridad a la hora de atender a los enfermos. Esto último era parte de la concepción médica virreinal que veía a los hospitales como lugares donde no necesariamente se brindaba tratamiento médico al enfermo, sino principalmente "apoyo espiritual" en el tránsito de la vida terrenal a la eterna (Coello, A. 2018. *Algunas notas sobre el antiguo Hospital Refugio de Incurables*. En Arkinka, n°273, pp. 82-83). El médico, por lo

infraestructura militar podía representar un peligro para el miembro del ejército. Desde tiempos coloniales, el hospital de San Bartolomé se caracterizó por la precariedad de sus rentas, debido a que fue creado en 1651 para atender a un sector marginal de entonces que no podía pagar por atenderse: los esclavos y negros libertos⁵³. Por si fuera poco, tras los terremotos de 1687 y 1746 en Lima el edificio solo pudo ser restaurado parcialmente, infraestructura que se legó tras la independencia para atender a soldados peruanos y colombianos⁵⁴. Tempranamente en la República se supo de desórdenes y hurtos que se llevaban a cabo dentro del ahora hospital militar de San Bartolomé por lo que, aunado a sus sórdidas condiciones, causaba que los pacientes optaran por curarse en sus regimientos o construir sus propios “hospitales”, como sucedió con los Húsares de Junín en 1848⁵⁵. Por todo lo señalado hasta ahora, ante la precariedad de los cuarteles y hospitales, la ciudad aparecía como alternativa para servir de espacio de habitación y atención médica, no sin consecuencias para la disciplina militar⁵⁶. Esto se buscará cambiar en las décadas finales del siglo XIX

tanto, aplicaba su ciencia, pero también se encargaba de la “caridad” y el auxilio del alma, lo cual permaneció hasta bien entrada la época republicana, como veremos más adelante.

⁵³ Torres del Pino, G. (2016) *Los Barrios Altos. Un recorrido histórico*. Lima: Municipalidad Metropolitana de Lima, pp. 40-41

⁵⁴ Lastres, J. (1940) *Fray Bartolomé de Vadillo y la fundación del Real Hospital de San Bartolomé*. En *La Reforma Médica*, 15 de diciembre de 1940, n°345, p. 794. En el periodo de la guerra de independencia, la existencia de un hospital exclusivo para esclavos no comulgaba con las nociones de libertad que planteaban los próceres y precursores de la república, por lo que San Bartolomé pasó a atender a los numerosos heridos de las fuerzas independentistas. Entre ellos se encontraron -aparte de las tropas peruanas- los soldados colombianos, pero también personal médico inglés, colombiano y hasta de origen español. Al respecto, revisar Bonilla, Z. & Deza, L. (1996) *Hospital Materno infantil San Bartolomé – Crónica de sus inicios*. En *Anales de la Facultad de Medicina*, 1996, 57:4, p. 298.

⁵⁵ Debemos detenemos a la hora de analizar la figura del “hospital” y la particularidad que reviste el hospital militar de San Bartolomé en el Perú en el siglo XIX. Según George Rosen, los hospitales hasta la llegada del siglo XX eran concebidos como lugares de control social de la población pobre. Después de esto, sin embargo, plantea el autor que los nosocomios se volvieron “industrias médicas”, con lógicas procesuales y una mayor complejidad en los procesos (Rosen, 2005. *De la policía médica a la medicina social. Siglo XXI Editores*, pp. 349-350). El hospital militar del siglo XIX fue un buen ejemplo de esta propuesta en la cual, si bien era cierto que los que se atendían eran soldados, estos también eran pobres, siendo la gran mayoría indígena. Los oficiales preferían no atenderse allí. Con lo dicho, sin embargo, en el Ejército también se daban pensiones de invalidez, por lo que el hospital militar sería un caso muy particular de la propuesta de Rosen, ya que en él se cruzaban diversos ejes como raza, situación económica, sistema de pensiones y demás. De ahí que se sostenga que la medicina militar sería la que conduciría al surgimiento de la moderna salud pública. Para más sobre este último postulado, revisar Pranghofer, S. (2016) *The Early Modern Medical-Military Complex: The Wider Context of the Relationship Between Military, Medicine, and the State*, en *Canadian Journal of History* (2016), 51:3, p. 465. Sobre el caso de los Húsares de Junín, revisar Medina (1989), p. 418.

⁵⁶ Juan Marchena analiza la ausencia de diferenciación entre ambientes que no debían ser parte del cuerpo militar según los lineamientos de las Ordenanzas españolas del siglo XVIII, y aquellos que por ley estaban reservados a las tropas. Al respecto, revisar Marchena, J. (1992). *Ejército y Milicias en el Mundo Colonial*. Madrid: Mapfre, p. 272). Autores como Kevin Lynch y Matthew McCormack sostienen que debe repensarse la relación entre los soldados y la sociedad, siempre vistos como aspectos separados, a la vez que introducir al *soldado en la historia* militar. En vez de concebir a esta última

cuando se planteen modificaciones sanitarias a los cuarteles y al hospital militar, como veremos en los capítulos dedicados al Ejército en el siglo XX.

I.4. Actuación del personal médico en las acciones militares de la Guerra del Pacífico (1879-1883)

Si hablamos de la medicina y sanidad militares peruanas durante la Guerra del Pacífico, necesariamente debemos referirnos al estado de la medicina de las décadas anteriores. Con la llegada de la independencia el viejo esquema jerárquico racial que separaba a los médicos de los cirujanos latinos y romancistas quedaba suprimido⁵⁷. Dedicados los primeros a la labor intelectual de los tratados hipocráticos y galénicos, y el resto al “indecoroso” trabajo manual, la premura de las circunstancias bélicas hizo que todo el otrora sistema educativo y de salud colonial se pusiera a disposición del cuidado de heridos⁵⁸. A partir de entonces, los médicos en el ejército conservaron la denominación de “cirujanos militares” por reglamento del 27 de setiembre de 1823, alternando la labor académica con la sanitaria militar⁵⁹. No obstante, los consiguientes

como exclusivamente referida a “estrategias y estadísticas, armamento y uniformes”, se debe elaborar una “Nueva Historia Militar” donde se vea al soldado como trabajador en la ciudad o el campo, y donde toma las armas como soldado en tiempo de guerra. Para más información, consultar Lynch, K., & McCormack, M. (2013). *Defining Soldiers: Britain's Military, c. 1740-1815*. En *War in History* (2013), 20:2, pp. 144-159.

⁵⁷ Notar aquí que la cirugía colonial fue una puerta de acceso a miembros de la población afroperuana, en cuanto se consideraba que no tenían el suficiente estatus para las labores médicas -entendidas como teóricas. Coparon las plazas que demandaba el público limeño y el ejército porque cobraban menos, a juzgar por un cirujano mulato, José Pastor de Larrinaga, quien en 1791 sostuvo que por largo tiempo no había habido otros cirujanos en el ejército y los hospitales que los mulatos. Sobre esto, ver Rivasplata, P. (2014) *Los médicos y los cirujanos mulatos y de otras castas en la Lima colonial*. En *Fronteras de la historia*, 2014, 19:1, p. 60. Notar, sin embargo, que médicos mulatos que ejercieron entre finales del virreinato e inicios de la república -tales como José María Valdés, José Pastor de Larrinaga y José Manuel Dávalos- poco a poco se convirtieron en una excepción a mediados del siglo XIX: la medicina empezaba a adquirir carácter de científica, por lo que llamó la atención de criollos que anteriormente la miraban con recelo por su carácter manual. Al respecto, revisar Jouve, J. (2014) *The black doctors of colonial Lima. Science, race and writing in colonial and early republican Peru*. Quebec: McGill-Queen's University Press, p. 137.

⁵⁸ Rabí, M. (2001) *El Hospital de San Bartolomé de Lima: la protección y asistencia de la gente de color, de 1646 a 1821 y evolución posterior: examen de un proceso histórico, social y sanitario*. Lima: Indecopi, p. 116.

⁵⁹ Notar aquí que, según el primer reglamento de los Cirujanos del Ejército (27 de setiembre de 1823), los grados del personal sanitario en el ejército serían de la siguiente manera: Inspector General de

años de luchas intestinas entre los caudillos independentistas victoriosos significaron un declive de la enseñanza e investigación médicas, en cuanto la escuela de medicina -llamada Colegio de la Independencia- vio interrumpida sus labores tanto por la crisis económica como porque su plana docente y el estudiantado fueron requeridos por las fuerzas combatientes. Ejemplo de esto lo tenemos en el connotado Dr. Cayetano Heredia, quien a los diez días de nombrado como rector de la escuela de medicina en 1834 fue llamado como cirujano mayor del ejército bajo el mando del Gral. Orbegoso⁶⁰. Así languideció la medicina civil y la medicina militar hasta mediados de la década de 1850, con la reforma impulsada por el discípulo de Heredia, el Dr. Casimiro Ulloa. Promulgado el Reglamento Orgánico de la Facultad de Medicina de Lima en 1856, fue Ulloa quien aportó desde su experiencia como estudiante en Francia al debate y quien se encargó de velar por su correcta aplicación tras la muerte de su maestro en 1861⁶¹. A su vez, fue el mismo Ulloa quien buscó impulsar una reforma de la sanidad militar en 1856, como veremos en las páginas siguientes.

Con el estallido del conflicto con Chile el cuerpo médico peruano contaba con dos avances que facilitaron una correcta aplicación de la medicina de guerra: el método antiséptico de Lister y el uso de anestésicos para la época. Sobre el primero, una de las primeras menciones se puede encontrar en el uso que hizo el cirujano Lino Alarco del ácido fénico -principal componente del método de Lister- durante una operación de ovarios en 1879⁶². Pero no solo en la práctica civil, sino también en el ámbito militar

Hospitales (coronel), cirujano mayor (teniente coronel), cirujano de primera clase (2° capitán) y boticarios (tenientes). Al respecto, ver Rabí, M. (2001) *El Hospital de San Bartolomé...* p. 116.

⁶⁰ Zárate, E. (2013) *Cayetano Heredia: el punto de partida y una dilatada enfermedad*. En *Anales de la Facultad de Medicina*, 2013, 74:3, p. 250.

⁶¹ Salaverry, O. (2006) *El inicio de la educación médica moderna en el Perú. La creación de la Facultad de Medicina de San Fernando*. En *Acta Médica Peruana*, 2006, 23:2, p. 126.

⁶² De hecho, el ácido fénico ya había sido difundido en la prensa especializada de la época (Alarco, J. 1878. "La primera ovariectomía practicada en el Perú", en *La Gaceta Médica*, 1878, n° 7, p. 194). Este es un caso de lo que el historiador de la ciencia Marcos Cueto ha referido como "excelencia científica en la periferia". Con ello, sostiene que "no toda la ciencia de los países atrasados es marginal al acervo mundial del conocimiento y que el trabajo científico tiene en estos países sus propias reglas que deben ser entendidas no como síntomas de atraso o modernidad, sino como parte de su propia cultura y de las relaciones con la ciencia internacional". (Cueto, 1989, *Excelencia científica en la periferia. Lima: Grade*, p. 29). Sobre estas interacciones, es interesante señalar que, en muchos de estos trabajos, así como en el *Monitor Médico*, se revelan las discusiones con la ciencia europea, especialmente con la adaptación de la teoría del germen y del método de Lister -tratamiento antiséptico con ácido fénico-, aplicados a inventos o métodos propuestos, especialmente en las tesis de bachillerato defendidas en la Facultad de Medicina de Lima. Sobre esto último, cabe decir que los tesisistas exhibieron bastante interés al tratar la sanidad militar en tesis dedicadas (11 tesis entre 1880 y 1899, siendo el 6to tema entre 17 de mayor interés) [Basado en Meza, M. & Valladares, O. (2012) *Catálogo de Tesis de Medicina*]. Por su lado, aquellos que publicaban en el *Monitor Médico* -médicos que ya ejercían la

se tuvo reservado este elemento químico para cualquier eventualidad, figurando entre los materiales considerados imprescindibles en la propuesta de organización de las ambulancias de guerra elaborada por la Facultad de Medicina de San Fernando el 17 de abril de 1879⁶³. Por su parte, el uso de anestésicos fue más temprano, siendo el éter aplicado por primera vez en 1847 de la mano del médico militar Julián Sandoval⁶⁴. El cloroformo fue introducido al país un año después por el cirujano portugués Evaristo D'Ornellas en la Facultad de Medicina de San Fernando, siendo aplicado tempranamente en cirugía militar durante la batalla de La Palma (1855) por el médico Mariano Arosemena a un grupo de soldados⁶⁵.

A pesar de estos avances, una mezcla de desidia de las autoridades políticas y militares, negligencia para custodiar material sanitario (sobre todo, en los casos del ácido fénico y el cloroformo), improvisación de los galenos al momento de intervenir en una guerra y la falta de personal médico, tuvieron un gran impacto sobre las capacidades sanitarias peruanas. Referente a lo primero, testimonios sobran, como la desactivación de la Cruz Roja por las presiones de Nicolás de Piérola en 1880, quien puso término a la única institución civil que surgió ante el rápido colapso de la sanidad militar en los momentos iniciales de la guerra. A diferencia de esta, la Cruz Roja sí contó con insumos, dinero de donaciones y supervisaba el traslado y atención de enfermos durante el conflicto⁶⁶. Lamentablemente, las tropas chilenas se hicieron con estos insumos y materiales de curación tras ser abandonados en el campo de batalla por los galenos peruanos o fueron sustraídos en las ciudades controladas por el ejército ocupante⁶⁷. E incluso, si las fuerzas chilenas no hubieran sustraído los pocos insumos disponibles como el ácido fénico, todavía había cirujanos militares que no lo aplicaban en sus operaciones quirúrgicas⁶⁸. Acerca de las grandes dificultades para intervenir a los soldados heridos con lo poco que se tenía a la mano, el doctor

profesión y tribuna de la Academia de Medicina- apenas dedicaron dos publicaciones al respecto entre 1886 y 1896. Para el grado de actualización de la medicina peruana a vísperas de la guerra, véase la obra de Arias-Schreiber Pezet (1984, pp. 23-25).

⁶³ Arias-Schreiber (1984) *Médicos y farmacéuticos en la Guerra del Pacífico...*, p. 178.

⁶⁴ Román, C. (1997) *150 años de la anestesia en el Perú 1847-1997*. Julián Sandoval y Bravo. Pionero de la anestesiología en el Perú. En *Acta Peruana de Anestesiología*, 1997, 10 (2), pp. 60-64.

⁶⁵ Álvarez Carrasco, R. (2011) *Apuntes para la historia de la anestesiología en el Perú desde la época precolombina hasta 1947*. En *Acta Peruana de Anestesiología*, 2011, n°19, pp. 70-73.

⁶⁶ Medina (1989) *El Ejército en la República...*, pp. 81 y 88.

⁶⁷ Medina (1989) *El Ejército en la República...*, p. 87.

⁶⁸ Arias-Schreiber Pezet, J. (1979) *Los médicos peruanos en la Guerra del Pacífico*. Conferencia dictada en la Academia Nacional de Medicina el 10 de mayo de 1979.

Francisco Almenara Butler compartió una reflexión de la impotencia que sintió el personal sanitario, el cual se mantuvo activo pese a las grandes adversidades:

Muchos de los que hemos asistido a esos desgraciados [los soldados heridos] hemos aprendido con el último que se nos ha muerto, lo que deberíamos haber sabido desde el principio para impedir su muerte.⁶⁹

Por su parte, el cirujano inglés Albert Queely -testigo de la precaria situación de la sanidad militar en plena guerra con Chile- sostuvo lo siguiente sobre su presencia en hospitales de campaña peruanos de 1880:

Estuve presente y asistí a varias operaciones de las extremidades superiores e inferiores, y los cirujanos peruanos adoptaron en todos los casos el método circular de operación, y yo temo que en más de un caso pudo haber sido juiciosamente empleada la cirugía conservativa y salvado algún miembro útil⁷⁰

Se pudo evitar mucho sufrimiento a los soldados por la premura del método de operación, a juzgar por Queely. Y es que la precariedad del servicio era clamorosa. No se tenía ninguna ambulancia del ejército propiamente dicha para 1879, además de que la sanidad militar ni siquiera tuvo asignado el calzado que le permitiría recorrer grandes distancias, sobre todo cuando el teatro de operaciones pasaba a la sierra⁷¹. Por si fuera poco, el mismo personal sanitario estaba expuesto a las enfermedades propias de la guerra⁷². Concretamente, el tifus se expandió por la sierra del país en 1880, afectando sobre todo a Arequipa y Puno. Dentro de los diversos galenos que fueron enviados a contener el flagelo, lamentablemente se contaron entre las víctimas fatales a Pedro Aguilar⁷³, José Félix Marini, José Nemesio Lengua y Manuel Trinidad Poma⁷⁴. Llamados a auxiliar al personal militar y a la población en medio del descalabro del Estado peruano, muchos de los cirujanos fueron tan víctimas como los soldados de la época.

⁶⁹ Almenara Butler, F. (1884) *Cirugía Militar*. En *La Crónica Médica*, 1884, 3 (4).

⁷⁰ Tomado de Medina (1989) *El Ejército en la República...*, p. 452.

⁷¹ *Ibidem*, p. 51.

⁷² Las epidemias no solamente se presentaron por el lado del ejército peruano. Los soldados chilenos acantonados en Salaverry sufrieron con un brote de fiebre amarilla en 1882, el cual se extendió a otras zonas del norte. Fue combatida por el cirujano militar chileno Dr. Lorenzo Olea Moreno. Para más información, revisar Valdizán, H. (1928) *Diccionario de Medicina Peruana*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, t. III, p. 28.

⁷³ *Ibidem*, t. I, p. 61.

⁷⁴ Arias-Schreiber, J. (1984) *Médicos y farmacéuticos en la Guerra del Pacífico...* pp. 158-159.

Lamentablemente, no se cuentan con cifras fehacientes que demuestren la real extensión de la asistencia que prestó la sanidad militar o su grado de eficacia en esta contienda bélica -ni en muchas otras en el siglo XIX-, si bien se concuerda en su limitada labor⁷⁵. Uno de los factores que contribuyeron a tal situación fue la falta de personal médico. No fueron pocos los galenos que personalmente prefirieron salir del país al inicio o durante las acciones bélicas que iniciaron en 1879, tales como el médico Manuel Adolfo Olaechea, quien emigró a Uruguay en 1881⁷⁶, o varios practicantes de medicina, como afirma el teniente inglés Carey Brenton en 1881:

Un amplio cuerpo de médicos se encontraba atendiendo, pero *se me informó que los principales practicantes habían dejado el país durante la guerra*, proceder que difícilmente puede ser considerado como muy patriótico de su parte⁷⁷ (cursivas nuestras)

Independientemente de los motivos que llevaron a estos médicos y practicantes de medicina a emigrar entre 1879 y 1883, lo que importa por su gran impacto fue que tanto la sanidad militar como la Cruz Roja peruana no pudieron contar con ellos para atender a los heridos que llegaban del campo de batalla. Más allá de las acciones heroicas de médicos -los galenos Marini, Lengua o Poma-, las acusaciones particulares de falta de patriotismo a algunos practicantes o la inexplicable celeridad de Piérola para desactivar la Cruz Roja, la realidad fue la siguiente: la atención médica del personal militar peruano fue insuficiente. Del lado de la ciencia médica peruana, la ausencia de cursos de sanidad militar en San Fernando se hizo manifiesta a la hora de intervenir quirúrgicamente a los soldados heridos, como mostró el cirujano inglés Queely. Tales circunstancias fueron conocidas por el personal médico, los oficiales y las altas autoridades del ejército. Solo así se entienden los cuestionamientos y autocríticas que surgirán en los años de posguerra y Reconstrucción Nacional. Y solo así se entenderá también el interés por establecer una sección de sanidad militar cuando llegue la oportunidad de reformar el ejército nacional un par de décadas después, tal como veremos en los capítulos siguientes⁷⁸.

⁷⁵ Basadre, J. (2014) *Historia de la República...*, T. IX, p. 169.

⁷⁶ Arias-Schreiber, J. (1984) *Médicos y farmacéuticos en la Guerra del Pacífico...*, p. 140.

⁷⁷ Medina (1989) *El Ejército en la República...*, p. 451.

⁷⁸ Referido a los cirujanos militares, existieron las denominaciones de cirujano mayor, de primera, segunda clase y los practicantes. Pese a haber sido concebido un sistema de rango militar para cirujanos desde las primeras décadas de la república, estas en la práctica no equivalieron a grado

I.5. La cirugía militar desde la adversidad: medicina e investigación académica desde la segunda mitad del siglo XIX

En vista de lo sucedido con los practicantes y galenos graduados que salieron del país en plena guerra, queremos examinar si el Ejército tuvo algo que ofrecer a los estudiantes. Creemos que esto se dio en lo referido a la investigación científica. En una de las páginas de la Memoria de Guerra y Marina de 1847 se encuentra una definición que nos ayudará al respecto. En esta publicación se sostenía que el accionar del militar era "el conocimiento ilustrado del arte de la guerra"⁷⁹. Es decir, a mediados del siglo XIX en el ejército peruano se concebía al éxito en la guerra como producto del genio: por lo tanto, era un arte. Por si fuera poco, en las primeras décadas del siglo XIX el ejército se enfrascó en diversas luchas intestinas de oficiales que buscaban hacerse con el poder⁸⁰. En una institución tan inestable, los médicos no tenían oportunidades óptimas para poder seguir en el ejército una carrera que les permitiera hacer uso profesional de la ciencia decimonónica: las virtudes del servicio médico no eran consideradas prioritarias. Muy ilustrativas de la relación del Ejército para con la medicina fueron las palabras de Casimiro Ulloa -médico peruano que había viajado a Francia por esos años y estudió la medicina militar gala. En 1856 sostuvo lo siguiente:

*No ofreciendo estas posiciones [en el ejército] ventajas ningunas que compensen los sacrificios que ellas exigen, natural era que se alejasen de ella [la sanidad militar] las personas con aptitudes, que en otras carreras miraban un seguro porvenir.*⁸¹ (cursivas nuestras)

En vista del poco aliciente que suscitaba el puesto de cirujano militar en un ejército de las características anteriormente presentadas, se concibió entonces volverlo de

alguno en el escalafón militar durante gran parte del siglo XIX. Posteriormente a 1880 se aplicaron las equivalencias castrenses respectivas: Cirujano en Jefe (máximo rango) con grado de coronel; el cirujano mayor, teniente coronel; cirujanos de primera clase como sargentos mayores; los cirujanos de segunda clase, capitanes de segunda clase; y los practicantes, subtenientes (Arias-Schreiber Pezet, J. 1984. *Médicos y farmacéuticos...*, p. 174).

⁷⁹ Ministerio de Guerra y Marina (1847) *Memoria que dirige al Congreso del Perú en 1847 el Ministro de Guerra y Marina*. Lima: Imprenta de José Masías, p. 15.

⁸⁰ Méndez, C. (2012) *Las guerras olvidadas del Perú: formación del Estado e imaginario social*. En Revista de Sociología Política, v. 20, n°42, p. 58.

⁸¹ Ulloa, C. (1856) *De la organización de la medicina militar*. En La Gaceta Médica de Lima, 1856, n°8, pp. 2-5.

carácter obligatorio, forzando a estudiantes de medicina a practicar en el Ejército. Esto, a su vez, constituyó una pesada carga sobre referidos estudiantes de bajos recursos que veían en otras especialidades mayores oportunidades para desarrollarse científica y profesionalmente. El mismo Casimiro Ulloa reflexionaba sobre dicha situación en 1856:

Cuando vemos desiertas las filas de la Cirugía Militar, cuando vemos que la Asamblea recurre hasta al *empleo de medidas coercitivas, como son la obligación de servir en el ejército a los estudiantes de beca, con el fin de llenarlas, ¿creemos racional su resistencia a dictar disposiciones que, obrando como un aliciente, despiertan en la juventud médica, las vocaciones que tal vez existan en ella para la Cirugía Militar?*⁸² (cursivas nuestras)

En las décadas posteriores, esta difícil situación en la que se vieron inmersos los estudiantes de medicina dio paso a otras, mucho más críticas para ellos y para el país. Nos referimos a la Guerra del Pacífico y los años de la Reconstrucción Nacional (1884-1895). En el primer caso, la ocupación chilena afectó de manera directa los procesos de formación profesional de los estudiantes de medicina, al ser clausurada la universidad y haber sido saqueados los laboratorios e instrumentos médicos del claustro⁸³. Con todo, la guerra también brindó una preciada oportunidad para el aprendizaje *in situ* de la medicina militar, circunstancias que no fueron desaprovechadas dado que heridos no faltaron en el lado peruano. Todo esto quedó consolidado en varias tesis, algunas de ellas publicadas en plena guerra⁸⁴. Como ejemplo, se tiene al tesista Aníbal Fernández Dávila y su técnica propuesta para encofrar una pierna (1880), o el estudiante José Víctor Palza y su propuesta de método de curación de heridas por armas de fuego (1881), todas ellas surgidas — como mostraba el entonces joven tesista Augusto Pérez Aranibar— frutos de la

⁸² Ibidem, p. 3

⁸³ Murillo, J. P. & Franco, G. (2013) *San Fernando: ¿utopía o proyecto inconcluso?* En *Anales de la Facultad de Medicina*, 2013, 69:2, p. 131.

⁸⁴ Periodos bélicos convulsos donde había una gran cantidad de heridos y muertos eran particularmente provechosos para el personal sanitario. Sebastian Pranghofer sostiene que desde el siglo XVIII la medicina militar permitió a los médicos la experiencia en manejo de vastos números de pacientes, a la vez que el desarrollo de maneras de cura y prevención de enfermedades. En última instancia, estos médicos pudieron usar dicha experiencia para poder acceder a puestos en tiempo de paz. (Pranghofer, 2016, *The early modern medical-military complex...*, p. 464).

experiencia al estar “dedicado desde el principio de la guerra al servicio de las Ambulancias y Hospitales Militares”⁸⁵.

Posteriormente, en los críticos momentos de la posguerra y con el país paralizado, la tradicional concepción del conocimiento militar como "arte" fue cuestionada por los propios oficiales, quienes culparon a “la ignorancia de las ciencias militares” por la catástrofe de la guerra contra Chile⁸⁶. En medio de la necesidad de superar esta limitación existió un colectivo profesional que también participó en las acciones bélicas aplicando sus conocimientos científicos en curaciones e investigaciones: los médicos. Si bien es cierto que esta no era la primera vez que galenos participaban en momentos decisivos para la historia nacional, a propósito de la guerra con Chile ellos desarrollaron un discurso que enaltecía su profesión al representarse como parte de la respuesta del país frente a la invasión del enemigo extranjero. Su mensaje daba a entender que los médicos habían sido uno de los pocos grupos de las élites que se preocuparon genuinamente por los combatientes de la patria mientras otros se enfrascaban en innecesarias disputas intestinas⁸⁷. Al respecto, véase un artículo del Monitor Médico de 1890 en donde el Dr. Casimiro Ulloa presentaba discursivamente el accionar de su gremio profesional en la guerra de 1879:

[...] también entre esos mártires gloriosos [los soldados caídos] se encontraban los *soldados de la caridad y de la ciencia*, que marchaban en las filas de los combatientes, para recogerlos cuando caían [...] y llevar consuelos piadosos a sus acongojados espíritus⁸⁸ (cursivas nuestras)

⁸⁵ Pérez Aranibar (1882) *Heridas por armas de fuego y su influencia sobre la diátesis*. Lima: Facultad de Medicina de Lima, tesis de bachiller en medicina, p.5.

⁸⁶ Anónimo (1888) *Instrucción Militar*. En Revista Militar y Naval, 15 de agosto de 1888, p. 241. Para evitar debacles como la ocurrida en el conflicto con Chile, otros grupos aparte de los militares tales como los que confluyeron en la naciente Sociedad Geográfica de Lima (1888) se identificaron en su creencia en la “ciencia”. Al respecto, sostenían que esta, “cuya ignorancia contribuyó no poco a conducirnos a la guerra desastrosa con Chile”, facilitaba el consagrarse “especialmente a suministrar los datos más exactos que sea posible, respecto a la estadística de los Estados vecinos” (Carranza, L. 1891. *Editorial*. En Boletín de la Sociedad Geográfica, 1891, I, pp. 1-2). La mención a la estadística no era gratuita, dado que se buscaba saber con cuántas fuerzas contaba un país. Esto también aplicaba a los países vecinos, en lo que se ha llamado “campo relacional de fuerzas” a nivel internacional, el cual tenía que ser reconfigurado y aplicado por estas élites intelectuales. (Foucault, 2004, *Security, Territory, Population*. New York: Macmillan 2004, clase del 29 de marzo de 1978). Volveremos sobre la importancia de la estadística en los capítulos posteriores.

⁸⁷ Los médicos durante la Independencia -tales como Unanue y otros- participaron principalmente a través de actividades políticas (Warren, 2014. *Medicine and politics...*, pp. 220-221). Los galenos de la Guerra del Pacífico lo hicieron desde el ejercicio de su ciencia, curando en los hospitales de sangre y elaborando sus tesis a la vez en el caso de los estudiantes.

⁸⁸ Ulloa, C. (1890) *Los mártires de la guerra*. En El Monitor Médico, 1890, n° 125, pp. 65-66.

Como lo muestra la cita anterior, aquellas eran circunstancias hostiles en las que los médicos desarrollaban sus actividades de auxilio a su prójimo, curándolos física y dándoles "consuelo" emocionalmente. Estos roles cumplidos al servicio del país les dieron la legitimidad para poder realizar críticas y señalar responsables por las aciagas condiciones en las que curaron a los soldados peruanos, la terrible carencia de materiales y la crónica desidia de las autoridades políticas sobre la sanidad militar. Como colofón, sostuvieron que para prevenir los errores de décadas anteriores y que llevaron al calamitoso estado del país en la Guerra del Pacífico, era necesario evitar las disputas entre civiles y militares asegurando la medicina "la paz y salud de las naciones", de la cual "es la política su receso"⁸⁹. Utilizando el concepto de "salud en la adversidad"⁹⁰, planteado por Marcos Cueto, puede ilustrarse aspectos interesantes del accionar médico respecto a la sanidad militar en este periodo: los cirujanos militares hicieron uso de la ciencia incluso en uno de los momentos más caóticos y adversos de la historia republicana. Al respecto, los miembros de la Academia Libre de Medicina escribieron en 1888 lo siguiente:

De todos los ramos de nuestra administración, así como de todas nuestras instituciones públicas, no habría ninguna en mayor estado de atraso que la del servicio de sanidad militar de nuestro ejército y de nuestra marina⁹¹

Al concluir la Guerra del Pacífico le siguió un período de reconstrucción no solo nacional, sino también médica y militar y en medio de estos vientos reformistas se buscó incluir a la sanidad militar. En efecto, se tuvo una iniciativa de los propios galenos de la Academia Libre de Medicina para fundar una institución con continuidad, que no dependiese de las vicisitudes políticas. Lo señalaban con claridad

⁸⁹ Chávez, S. (1889) *Higiene del soldado*. Lima: Universidad Mayor de San Marcos, p. 81.

⁹⁰ Define este autor las características de la "salud en la adversidad" como las siguientes: "prioridad a la infraestructura sanitaria, a la educación de la población y al saneamiento ambiental" (*La "cultura de la sobrevivencia" y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX*, 2015. En *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 22: 1, p. 267). Si bien Cueto plantea este concepto como aplicable para el siglo XX, nosotros consideramos que puede ser extrapolable –con ciertas salvedades– al siglo XIX, donde sí se encuentra esa preocupación por crear una verdadera infraestructura sanitaria militar antes del Servicio de Sanidad Militar (1904) y la insistencia en el saneamiento ambiental y la educación del soldado, proyecto sostenido en muchos casos por los propios cirujanos militares.

⁹¹ Comisión de Sanidad Militar de la Academia Libre de Medicina (1888) *Organización del Servicio de Sanidad Militar en campaña*. En *Monitor Médico*, 1888, p. 98.

en el referido documento, al constatar que “penetrada por estas ideas, nuestra Academia ha creado la comisión de Sanidad Militar, uno de cuyos trabajos es el proyecto de dicha organización [...]”⁹². Además de ello, subrayaron la importancia del conocimiento científico y técnico que los cirujanos militares podían proporcionar al esfuerzo de guerra. Esto lo ilustraba el médico Francisco Almenara Butler, quien afirmaba que las guerras habían dejado de ser solamente dictadas por el “patriotismo y la táctica”. Para él, también se requerían conocimientos científicos, dentro de los cuales estaba la medicina militar⁹³.

I.6. Higiene concebida como herramienta médica para la "reforma social"

La Facultad de Medicina inició su lenta recuperación con la llegada al poder del Gral. Iglesias y su “Gobierno Regenerador” (1882-1885). No obstante, esto no se dio necesariamente por el apoyo del Poder Ejecutivo. Organizados en colectivos, fueron los estudiantes de este periodo de crisis que buscaron impulsar el desarrollo de la ciencia médica en el país en pro de la reconstrucción nacional, destacando la Unión Fernandina,⁹⁴. Un segundo colectivo fue la Academia Libre de Medicina, surgida de un sector de la Facultad de Medicina que se encontraba disconforme con el rumbo que el presidente Iglesias quería imponer en tal institución⁹⁵. Dentro de las múltiples herramientas con las que estos médicos quisieron contribuir a la reconstrucción del país, la higiene fue la rama de la medicina que priorizaron. Esta era conocida por sus plausibles aplicaciones en la realidad, como lo puso de manifiesto el editorial de El Monitor Médico -creado por la Academia Libre de Medicina- para 1886: “[...] la Higiene es hoy el ramo más importante de la Administración Pública, [...] comprende los problemas más notables de la población, de la riqueza y del trabajo.”⁹⁶. Esta misma institución de egresados y docentes no dejó de lado al ejército en sus planes de reforma nacional, promulgando el proyecto de “Organización del servicio de sanidad

⁹² Ibidem, 1888, p. 99.

⁹³ Almenara Butler, F. (1891) *La Medicina Militar*. En La Crónica Médica, 30 de noviembre de 1891, p. 313.

⁹⁴ Bustíos, C. (2021) *San Fernando y su contribución a la moralidad médica en el Bicentenario de la Independencia del Perú*. Lima: UNMSM, p. 26.

⁹⁵ Murillo, J. P. & Franco, G. (2013) *San Fernando: ¿utopía o proyecto inconcluso...*, pp. 131-132.

⁹⁶ Anónimo (1886) *Nuestro primer aniversario*. En Monitor Médico, 17 de junio de 1886, n°1, p. 1.

militar en campaña”: allí se indicaba que el cuerpo sanitario estaba encargado de “vigilar y atender a la higiene de las tropas”⁹⁷. Los estudiantes de medicina tampoco se quedaron atrás. Bajo la máxima higienista de “el hombre es un peligro para el hombre”, buscaba el joven tesista Serapio Chávez administrar los espacios donde el soldado se trataba en una guerra -el nosocomio militar- criticando a la denominada “podredumbre de hospital” surgida del pésimo estado higiénico de San Bartolomé⁹⁸. No obstante, el mismo Chávez agregó un detalle que nos muestra el cambio de enfoque que iba gestándose. Mientras que la Academia Libre de Medicina se centraba en la sanidad en campaña militar, Chávez sostenía que el cuartel era el lugar prioritario de aplicación de la higiene en tiempo de paz, quedando el hospital militar como el “último eslabón” de la cadena sanitaria del ejército⁹⁹. Este paso se ve claramente en algunas tesis universitarias de medicina a finales de la década de 1880 y durante la de 1890, donde quedó definido que era “[...] el médico el llamado por sus conocimientos a intervenir desde el primer momento en la formación de un ejército”, no cuando llegaran heridos a las ambulancias y hospitales de sangre¹⁰⁰. La medicina militar debía, por lo tanto, ser más preventiva que reactiva. El tratamiento de las heridas por arma de fuego, importante en coyunturas bélicas, pasaba así a un segundo plano en tiempo de paz. Más bien, como explicó el entonces tesista Cárdenas, lo que se buscaba era “examinar al futuro soldado”¹⁰¹. En síntesis, vemos cómo se configuró una higiene de tipo más disciplinaria, aplicada en tiempo de reconstrucción, todo ello con miras a proteger la salud de los soldados que combatirían defendiendo al país en una futura guerra. A juzgar por Chávez, todos estos lineamientos llevarían a una “reforma social” de la mano de un ejército saneado. Al respecto, veamos lo que él sostuvo para 1889:

[...] para que no se diga que la profesión militar aumenta en una Nación la mentalidad y disminuye la vida media [...] es importante la higiene [...] porque la existencia del Ejército es una *reforma social*, y muy en especial para nuestros indios, que son los más de que se compone [...] ¹⁰² (cursivas nuestras)

⁹⁷ Comisión de Sanidad Militar de la Academia Libre de Medicina (1886) *Organización del Servicio de Sanidad Militar en campaña*. En Monitor Médico, 1886, n°1, p. 99.

⁹⁸ Chávez, S. (1889) *Higiene del soldado...* p. 94. Sobre la “podredumbre de hospital”, revisar Palza (1881) *Estudio de las heridas por armas de fuego*. Lima: Facultad de Medicina de Lima, tesis de bachiller en Medicina, p.16. Asimismo, consultar Pérez Aranibar, A. (1882) *Heridas por las armas de fuego y su influencia sobre la diátesis...*, p. 24.

⁹⁹ Chávez, S. (1889) *Higiene del soldado...*, p.84.

¹⁰⁰ Cárdenas, C. (1888) *Servicio sanitario para el Ejército...* p. 1.

¹⁰¹ *Ibidem...* p.2.

¹⁰² Chávez, S. (1889) *Higiene del soldado...*, p. 31.

En esta cita de 1889 aparece un personaje que va a ser desde entonces central en las preocupaciones de la sanidad militar en las tres décadas siguientes: el indio. Chávez configuraba un discurso médico centrado en los cuarteles como lugares de saneamiento, en la necesidad de convertir al indio en sujeto nacional y patriota, aquel "futuro soldado" del que nos hablaba el Dr. Cárdenas relegado y degenerado en la sierra¹⁰³. En este periodo los tesisistas y graduados médicos de la Universidad de San Marcos siguieron interesados en el ejército, pese a los reducidos prospectos profesionales que esta institución otorgaba a quienes no fueran oficiales de carrera. Además, en sus tesis observamos una mirada que proponía la paulatina medicalización de la vida militar, es decir, un proceso donde la medicina demostraba su valía en un creciente número de aspectos de la vida castrense en el siglo XIX¹⁰⁴.

Antes de pasar al siguiente capítulo, queremos hacer un balance de la sanidad militar hasta finales del siglo XIX. El ejército peruano decimonónico no tuvo entre sus prioridades el establecer un servicio de sanidad militar capaz y con profesionales de la medicina correctamente asimilados. Esta fue una institución sometida a constantes guerras civiles, con una "cultura jacobino-caudillesca" que incentivaba la fragmentación del ejército¹⁰⁵, caracterizada por la alta ineficiencia al manejar su presupuesto¹⁰⁶ y un pésimo estado de la infraestructura cuartelaria y hospitalaria. A esto queremos sumar tres fenómenos que -creemos- muestran la dificultad del

¹⁰³ Hablar de *reforma* militar planteaba el reto de conservar la salud de los indígenas de la sierra y adecuarlo al medio costeño, empezando por suprimiendo las costumbres que el personal médico les atribuía e "interiorizar" la disciplina militar y la higiene. Para esto nos guiamos de las ideas de Norbert Elías, especialmente las referidas al proceso de "individualización" (*La Sociedad de los individuos*. 2000. Barcelona: Península, cap. II inciso C. "Individualización en el proceso de la sociedad", pp. 143-176). Para una visión sobre cuáles cómo se construyó la imagen del indígena como "degenerado" y contrario al "progreso" de los tiempos en el siglo XIX, consultar Méndez, C. (2011) *De indio a serrano: nociones de raza y geografía en el Perú (siglos XVIII-XXI)*. En *Histórica*, 2011, n°26).

¹⁰⁴ Para entender este punto sobre cuartel nos ayudará el concepto de "institución total" de Goffman (2001), debido a que el celo médico se interesaba por alimentación, vestimenta, habitabilidad, vida sexual de los conscriptos y un creciente número de aspectos propios del cuartel administrados por el médico militar. Para más información, revisar Davies C. (1989) *Goffman's concept of the total institution: Criticisms and revisions*. En *Human Studies* N° 12, p. 77.

¹⁰⁵ Aljovín de Losada, C. (2000) *Caudillos y constituciones. Perú 1821-1845*. Lima: FCE-PUCP, pp. 299-302.

¹⁰⁶ En la década de 1830, los escalafones militares depredaban el erario nacional: el ejército -de 4000 plazas en total- mantenía a mil oficiales. La constante situación de guerra posterior no ayudó en resolver este problema presupuestal. Quiroz, A. (2013) *Historia de la Corrupción en el Perú*. Lima: IEP-IDL, p. 151.

Ejército para poder seleccionar suficiente tropa en buen estado de salud y evitar que se enfermen con tuberculosis, enfermedades venéreas y otras más durante el servicio de las armas. Nos referimos al reclutamiento forzado a través de la leva, a las negociaciones entre el ejército y las comunidades indígenas, para que estas cedieran ciertos hombres considerados prescindibles, y la incapacidad que los oficiales tenían para evitar las constantes deserciones de la tropa¹⁰⁷. No estaba en las prioridades del Ejército seleccionar y clasificar a sus reclutas, menos aún sanear a sus soldados en actividad: no se tuvo los medios económicos, políticos y coercitivos para llevar ello a cabo. Por su parte, en cuanto a la ciencia vemos que para inicios de la década de 1890 los tesisistas y egresados de medicina centraron su mirada ya no en el tratamiento de las heridas por armas de fuego, sino en la higiene, auxiliada esta por otras disciplinas científicas como la bacteriología y -como veremos posteriormente- discursos como el racismo científico. Todo lo mencionado servirá para sentar las bases sobre las que se fundamentará una reforma del ejército que no solo tendrá de militar, sino también de científica y médica. Había que esperar a los años finiseculares para que todos estos factores se modifiquen y, finalmente, la sanidad militar pase de curar heridos tras el combate, y pasara a sanearlos y “civilizarlos” con la higiene.

¹⁰⁷ Méndez, C. (2012) *Las guerras olvidadas del Perú...*, p. 61.

Capítulo II

Médicos científicos y oficiales profesionales: críticas e ideas en común desde 1895 a 1920

II. 1. Reconstrucción Nacional: sociedad, política y saberes científicos

Para 1895 se cerraba el periodo conocido como la Reconstrucción Nacional, una caótica etapa en la historia del Perú. Todavía conmocionado el país por los efectos de la Guerra del Pacífico (1879-1883), fueron los militares caceristas los que tuvieron que ver las formas de resolver los múltiples problemas que arreciaban en el horizonte: deuda externa, destrucción de infraestructura, crisis económica, entre otros. A diferencia del periodo de la preguerra, ya no se contaba con recursos como el salitre, y a los que se tenía acceso durante la posguerra estaban en franca pérdida de valor en términos de calidad y precio, como fue el caso del guano de las islas¹⁰⁸. Por otra parte, la infraestructura nacional se recuperaba lentamente de la devastación propiciada por las fuerzas chilenas, especialmente en las vías férreas que conectaban partes del territorio nacional¹⁰⁹.

Políticamente, la situación era inestable. Los militares habían regresado al poder desde que culminó la guerra gracias a la desarticulación de los grupos políticos civiles y a su poca capacidad de convocatoria entre la población¹¹⁰. Más allá de las urbes la escena se presentaba tan o más caótica. Muchas comunidades indígenas se encontraban armadas producto de la reciente contienda con Chile, lo cual hacía posible poder negociar o -en última instancia- rebelarse ante un Estado criollo que se

¹⁰⁸ Commercial Reports-Perú, Vol. LXXII, 1878: 529, en Seminario, B. (2016) *El desarrollo de la economía peruana en la era moderna. Precios, población, demanda y producción desde 1700*, Lima: Universidad del Pacífico, p. 780.

¹⁰⁹ Contreras, C. & Cueto, M., *Caminos, ciencia y Estado en el Perú 1850-1930*, en *Historia, Ciencia, Saúde-Manguinhos*, Río de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 635-655, jul-set. 2008, p. 649

¹¹⁰ Cotler, J. (2009) *Clases, Estado y Nación en el Perú*. Lima: IEP, p. 127

había erosionado¹¹¹. También se disputaba la legitimidad del Estado por las élites regionales, las cuales se vieron fortalecidas por la política de descentralización del poder propiciada por Cáceres en 1886. Dicha política fue llevada a cabo para lograr que estas élites se contentaran con el poder que concentraban localmente, de tal manera que no resultaran una amenaza para el débil gobierno asentado en la capital¹¹².

Conforme transcurría el tiempo, en muchos lugares del territorio nacional, la situación mantuvo su precariedad. En regiones como Huaraz se habían registrado levantamientos violentamente sofocados por el gobierno cacerista contra montoneras a las que se les reservaban epítetos tales como “bandidos” o “bárbaros”¹¹³. En Comas (Junín) campesinos mantuvieron una suerte de confederación que disputó el control del Estado en la zona¹¹⁴. Asimismo, sectores indígenas se resistieron a acatar las órdenes estatales negándose a pagar la contribución personal, situación que presenció el visitador Pedro Emilio Dancuart en 1888 al recorrer Ayacucho:

La conducta levantada y patriótica de algunos de sus pueblos en la última lucha por la patria y por sus instituciones tuvo a la vez el resultado de dejarlos armados y aguerridos, cuya circunstancia aprovechan, alegando sus servicios prestados en ella y su actual pobreza para negarse a contribuir hoy al sostenimiento del Estado con su óbolo de trabajo, como contribuyeron ayer a defenderlo con su sangre y todo género de sacrificios.¹¹⁵ (Anales de la Hacienda Pública del Perú (1902-1921) Lima: t. xviii, p. 359A)

Esta creciente actividad indígena actualizó la imagen tradicional y despectiva que se tenía de la “indiada”, una herramienta discursiva criolla que estaba claramente dirigida a levantar las alarmas ante una posible guerra de razas que amenazara el orden establecido¹¹⁶. Originada en la época colonial, para la década de 1880 esta

¹¹¹ Velásquez, D. *Una mirada de largo plazo: armas, política y guerras en el siglo XIX.*, en McEvoy, C. Y Rabinovich, A. (Editores) (2018) *Tiempo de Guerra: Estado, nación y conflicto armado en el Perú, siglos XVII-XIX*. Lima: IEP., p. 496

¹¹² Contreras, C. (2012) *La economía pública del Perú después del guano y el salitre*. Lima: BCRP e IEP, p. 233

¹¹³ Larson, B. (2004) *Trials of Nation Making. Liberalism, Race and Ethnicity in the Andes, 1810-1910*. New York: Cambridge University Press., p. 179

¹¹⁴ Este levantamiento fue recién debelado por fuerzas militares en 1902. Al respecto, revisar Larson, B. (2004) *Trials of Nation Making...*, p. 185.

¹¹⁵ Tomado de Contreras, C. (1996) *La descentralización fiscal en el Perú después de la guerra con Chile, 1886-1895*. México: Revista Relaciones, N° 67-68, p. 224

¹¹⁶ Klarén, P. (2015) *Nación y sociedad en la historia del Perú*. Lima: IEP, p. 246

preocupación por la "indiada" era abordada no solamente a través de expediciones militares "pacificadoras" como se hacía tradicionalmente, sino también a través de un proceso de "domesticación" discursiva. En vez de militares, los protagonistas ahora eran los médicos¹¹⁷. Tal proceso buscaba "controlar" a través del uso del lenguaje científico del siglo XIX aquellos "atributos" indígenas considerados como problemáticos, tales como la belicosidad que tanto temor causaba a las élites. Para muestra de lo mencionado tenemos la apreciación del Dr. Luis Carranza, uno de los médicos más connotados del periodo, quien en 1885 escribió lo siguiente:

Su *fisonomía* [del indígena] *triste y severa*, con cierta mezcla extraña de *maliciosa distracción*, es la de un ser que revela una *intelectualidad paralizada*, en medio de un lento, pero seguro progreso. (Carranza, L., 1885, *Apuntes sobre la raza indígena. Condiciones físicas e intelectuales del indio*) (cursivas nuestras)¹¹⁸

A juzgar por lo dicho por Carranza, un individuo como el indígena difícilmente podría mostrar una actitud beligerante si era un ser degenerado cuya inteligencia estaba "paralizada" y cuyo semblante -antes que amenazante- transmitía tristeza, resignación y hasta compasión a su reducida condición. Llamemos la atención entonces sobre el hecho que mientras el país era conmocionado por levantamientos con participación indígena, un connotado hombre de ciencia les quitaba las *uñas y dientes* haciendo uso de la terminología médica de la época.

En el caso de los militares durante los años posteriores a la Guerra del Pacífico, la perspectiva castrense sobre los indígenas presentaba muchas coincidencias con lo planteado por Carranza. Tenemos por ejemplo al oficial Gabriel Velarde Álvarez, quien en 1891 presentaba al indígena en abstracto, como sumergido en la "amargura

¹¹⁷ Se entiende como "domesticación" al proceso por el cual individuos o grupos proceden a interpretar en términos familiares y relativamente controlables a aquellas personas consideradas exóticas o distantes. En tal sentido, esto implicaba una actitud anti empírica, en cuanto se validaban prejuicios sobre determinados grupos percibidos como hostiles. Este concepto fue aplicado por Edward Said a la hora de analizar las descripciones de los europeos sobre los musulmanes durante las guerras de religión en el Viejo Mundo (Said, E. 2002, *Orientalismo*, Barcelona: Debolsillo, pp. 94, 106).

¹¹⁸ Desde una perspectiva más fisiológica -pero en términos mucho más severos- tenemos la opinión de Clorinda Matto de Turner, quien señalaba en 1890 sobre el indígena y su posible contribución a la nación peruana lo siguiente: "Algo más: *clamaremos por la inmigración extranjera* que, con el *cruzamiento de sangre*, componga este país donde la *mayor parte de los habitantes es de raquíticos y tuberculosos, moral y físicamente*, y que en lugar de politiqueros, oradores y poetas que con la imaginación exaltada del tísico sueñan bellezas en teoría, nos den hombres robustos, hombres útiles." (Matto, T., 1890, en El Perú Ilustrado, extraído de García, M. A., 2007, *De peruanos e indios: La Figura del indígena en la intelectualidad y política criollas (Perú: Siglos XVIII-XIX)* Huelva: Universidad Internacional de Andalucía, p. 332.)

de su triste existencia”, “degradado”, “estacionario” y limitadísimo”¹¹⁹. Más allá de la incongruencia de colocar al indígena tanto como detenido en la corriente del progreso y a la vez como “degenerado”, Velarde Álvarez también muestra al indio como aquella “muralla” que se enfrentó al enemigo de la patria, los chilenos¹²⁰. El patriotismo, elemento no considerado por Carranza, era a ojos de este oficial uno de los atributos de los naturales de los Andes.

Ambas visiones de indígenas “degenerados”, inmersos “en un lento progreso”, pero a la vez “estacionarios”, poseedores de una “intelectualidad paralizada”, llenos de “tristeza” pero “bárbaros” y caóticos, posteriormente adquirirán mayor rigurosidad y consistencia. Con los albores del siglo XX, aplicando tanto nuevos paradigmas científicos como viejos prejuicios, la *intelligentsia* peruana buscó completar la “domesticación” y posterior “incorporación” del indígena al proyecto modernizador través de políticas y proyectos nacionales amparados en estas visiones sobre el indio peruano.

Muchas de las opiniones de estas últimas décadas del siglo XIX no se centraron solamente en los indígenas o en el rol de las élites en la debacle iniciada en 1879. Revisiones y deseos de reforma sobre el saneamiento y la salud también se hicieron presentes en la prensa y ciertos círculos académicos, tales como la denuncia del limeño José Arana contra la Empresa de Agua de Lima sobre la existencia de “elementos dañinos” en el flujo de la capital. A un año del final de la Guerra del Pacífico, el limeño José Arana denunció la existencia de “elementos dañinos en el agua” que la Empresa de Agua de Lima proveía a la capital¹²¹. Se impulsaron mejoras en el servicio de saneamiento, de tal manera que para 1887 se observaba el incremento de la natalidad sobre la mortalidad en la capital, debiéndose -según el médico Leonidas Avendaño- a “las mejoras realizadas en la higiene pública y privada de Lima [...] que han hecho sentir su benéfica influencia de modo manifiesto”¹²². Cualquier intento de reconstruir el país implicaba tomar medidas que incrementaran

¹¹⁹ Velarde Álvarez, G. (1891) *El Ejército considerado como escuela de civilización para nuestros indígenas*. En Revista Militar y Naval, año n° IV, N° 89.

¹²⁰ Velarde Álvarez, G. (1891) *El Ejército...* p. 2070

¹²¹ Castillo, Óscar (2021) *Antecedentes históricos de los servicios de agua y saneamiento urbanos de Lima*. Lima: UNMSM. (Manuscrito)., p. 25.

¹²² Avendaño, L. (1888) *Natalidad y mortalidad de Lima. Año 1887*. En La Crónica Médica, 1887, Año V, n° 59, 418.

la pequeña población peruana. Es por ello por lo que las élites intelectuales buscaban proyectar este interés por el saneamiento y la aplicación de indicadores demográficos tales como la mortalidad y natalidad a una dimensión nacional. El Dr. Manuel Muñiz ilustra dicho interés en las siguientes palabras datadas de 1885:

Con las naciones y poblaciones sucede lo mismo que con las familias e individuos: se fatigan, se debilitan y degeneran. ¡Desgraciada la nación que olvida o descuida la conservación y cultivo de su vigor social!¹²³

Esta no era la primera vez que se asociaba la riqueza de un país con el buen estado de salud de la población, habiéndose desarrollado esta relación en la primera mitad del siglo XIX¹²⁴. Perspectivas como estas confluyeron con los emergentes enfoques positivistas y del racismo científico en lo que será un creciente uso del lenguaje “científico” en el proceso de construcción de la nación peruana. Nociones tales como “degeneración” o “estacionamiento” estarán presentes no solo en las esferas médicas, sino también en las militares y civiles. Como veremos, el interés ya no se centraba solo en una población numerosa, sino también saludable y -sobre todo- encaminada al “progreso” gracias al auxilio de la ciencia decimonónica.

II. 1. 1. Ciencia peruana a finales del siglo XIX

Durante los años de la Reconstrucción Nacional (1884-1895) la ciencia adquirió mayor prestigio e influencia en la sociedad peruana. Desde mediados del siglo XIX, científicos peruanos, profesionales de la ingeniería y médicos principalmente, se agruparon en torno a revistas y asociaciones y ocuparon cargos en el gobierno o trabajos patrocinados por este para emprender exploraciones a lo largo del territorio nacional.¹²⁵ Sin embargo, fue durante la posguerra donde estos profesionales aspiraron a consolidar gremios¹²⁶, a la par de contribuir desde sus disciplinas a la

¹²³ Muñiz, M. (1885) *Natalidad y mortalidad de Lima. Año 1884*. En *La Crónica Médica*, 1885, Año II, n° 14, p. 73.

¹²⁴ Lossio, J (2002) *Acequias y gallinazos...*, p. 48

¹²⁵ Contreras, C. & Cueto, M. (2008) *Caminos, ciencia y Estado...*, pp. 635-655

¹²⁶ Los militares tampoco se quedaron atrás: para 1887 se fundó el Centro Militar del Perú. En el primer número de la *Revista Militar y Naval* (abril de 1888) los oficiales eran conscientes del relego de los militares para conformar asociaciones que reivindicquen sus agendas, a tal punto de sostener en la primera página que: “A todas las profesiones había llegado el espíritu de asociación que viene

reactivación económica y a la regeneración del país. A diferencia de décadas anteriores, estos intelectuales contaban con nuevas herramientas discursivas que permitirían plantear con mayor rigurosidad sus propuestas. El positivismo y el racismo científico harían así su aparición para gobernar las facultades profesionales y los cuarteles por las siguientes décadas, como veremos en las siguientes páginas.

En la búsqueda de paradigmas, herramientas y modelos que ayudasen en la reconstrucción nacional, las élites intelectuales peruanas se acercaron al Positivismo, por entonces en boga en Europa y EE. UU. Esta corriente de pensamiento imaginaba a la sociedad como un organismo encaminado a la mejora continua, es decir, sujeto a cambio y evolución¹²⁷. Este desarrollo, sin embargo, no estaba garantizado, requiriendo que la sociedad activa y constantemente asegurase los esfuerzos necesarios para no ‘estancarse’ o, peor aún, retroceder en la senda del progreso. Una de las características *sine qua non* para lograrlo era consolidar la estabilidad, el denominado *orden* político y social¹²⁸. De ahí que en una época tan convulsionada como las décadas de 1880 y 1890, con ciudadanos armados, indígenas insubordinados y fronteras no definidas, intelectuales peruanos y militares abrazaran con entusiasmo el Positivismo.

Lejos de las doctrinas filosóficas y los saberes especulativos que enfrentaron a las élites peruanas durante gran parte de la centuria, el pragmatismo y la técnica eran los medios considerados por estas nuevas élites profesionales como necesarios para que una sociedad progrese y alcance la civilización¹²⁹. Por ello, no sorprende que científicos e investigadores, entre ellos médicos, ingenieros, militares, naturalistas e inventores abrazaran la fe en la ciencia y el progreso. Se fundaron instituciones bajo este espíritu, destacando entre ellas la Sociedad Geográfica de Lima (1888). Esta institución fue establecida explícitamente con la misión de contribuir al desarrollo del

desarrollándose de una manera sensible en la República, menos a la militar” (*Prospecto*, en Revista Militar y Naval, 1 de abril de 1888, año I, n° 1, p. 1)

¹²⁷ Marcone, M. (1995). *Indígenas e inmigrantes durante la República Aristocrática: población e ideología civilista*. En *Histórica*, vol. XIX, N°1, pp 73-93, p. 75

¹²⁸ Bustíos Romani, C. (2004) *Cuatrocientos Años de Salud Pública en el Perú*. Lima: UNMSM, p. 290; García Jordán, P. (1992) *Reflexiones sobre el darwinismo social. Inmigración y colonización, mitos de los grupos modernizadores peruanos (1821-1919)* Lima: Boletín del Instituto Francés de Estudios Andinos, N°21 (2): 961-975, p. 963.

¹²⁹ López Soria, J. I. (2001) Adiós al discurso moderno en el Perú. En *Hueso Húmero*, 2001, n°39, pp. 48-57.

país. Luis Carranza, el mismo médico que mencionamos anteriormente, fue su primer presidente. Nótese cómo presentaba Carranza los objetivos de la Sociedad:

El primero y más constante objeto de sus especulaciones [de la SGL] será revelar el Perú en sus diversas fases, por medio de memorias o monografías, que se refieran a su constitución geográfica, base de toda *investigación técnica*, [...] y asimismo consagrará su atención al estudio de la orografía, climatología, hidrografía y estadística seccional y general del país, como *datos útiles para la inmigración* y el *progreso*. [...] Este Boletín contendrá otra sección no menos útil, destinada a ilustrar al país respecto al verdadero movimiento científico, estadístico y comercial de las naciones del mundo, [...]. Esta parte se consagrará especialmente a suministrar los datos más exactos que sea posible, respecto a la *estadística de los Estados vecinos, datos cuya ignorancia contribuyó no poco a la guerra desastrosa con Chile*.¹³⁰ (cursivas nuestras)

Conocer el país a través de la *investigación técnica* y, a partir de estas pesquisas, diseñar medidas para promover el *progreso y la inmigración* era lo que Carranza y los miembros de la Sociedad Geográfica de Lima proponían para resolver los problemas nacionales. Había que ir a los lugares donde estos recursos se encontraban. Por ello, la exploración era una de las actividades más fomentadas en estas dos décadas abordadas. El científico peruano debía, por lo tanto, ser explorador a la vez¹³¹, observar *in situ*. Debe hacerse hincapié en que no solo se debía saber qué poseía el país, qué recursos, sino también cuáles son las fortalezas y debilidades y contrastarlo con “los datos más exactos que sea posible” sobre los países vecinos, especialmente Chile. El Positivismo entonces entraba a calar en los discursos y propuestas de estos intelectuales, no solo para hacerle frente a la crisis que afectaba al país, sino también para ser la ideología que permitiera a estas élites estar prevenidas y dispuestas frente a cualquier intento de incursión extranjera en el territorio nacional. Por todo lo que podía hacer posible, el Positivismo se convirtió en la ideología oficial de los civiles y militares tras 1883¹³². Veamos cómo sus postulados influyeron a oficiales y médicos castrenses en una de las instituciones más importantes de la década de 1890.

¹³⁰ Carranza, L. (1891) *Editorial...*, pp. 1-2.

¹³¹ Contreras, C. & Cueto, M., *Caminos, ciencia y Estado en el Perú 1850-1930...*, p. 651

¹³² Cueto, M. (1989) *Excelencia científica en la periferia...*, p. 55.

II. 1. 2. Papel del Ejército posterior a la Guerra del Pacífico: ciencia, progreso y exploraciones

Luego de la guerra, el poder no estaba en manos de las élites intelectuales y civiles. Desde 1884 hasta 1895 serían los militares -una vez más- quienes llevarían las riendas del Estado. Fuera de él, también se harían presentes. Dentro de la naciente Sociedad Geográfica de Lima (SGL), junto a ingenieros, médicos, abogados, científicos y civiles en general, de manera discreta aparecían oficiales del ejército¹³³. Muchos de estos hombres, que habían visto con impotencia cómo las tropas chilenas humillaban al ejército peruano, ahora discutían en la posguerra formas para viabilizar la reconstrucción del Perú. Es más, polemizaban con otros profesionales en sus propios términos: el oficial nacido en Bélgica, asimilado al ejército peruano y subdirector de la Escuela de Clases Ernesto de la Combe corrobora como fruto de sus expediciones a la Amazonía que:

En estos bosques gigantescos se hace sentir más que en ninguna otra parte del orbe la gran ley natural, que Darwin define con el nombre de *Struggle for Life*; y allí nada ni nadie se escapan de ella; es lucha del salvaje con la civilización, de las fieras, de las fieras, del ave con la víbora, de la hormiga con los grandes animales, y en su defecto, entre sí; [...] ¹³⁴

Esta temprana mención por un militar sobre la lucha por la supervivencia darwiniana no es gratuita. Uno de los tempranos roles que los oficiales del ejército y la marina cumplieron en los albores de la Sociedad Geográfica fue el de exploradores y pioneros, muchos de ellos teniendo contacto de primera mano con la naturaleza¹³⁵.

¹³³ Cueto, M. (1992) *Apogeo y crisis de la Sociedad Geográfica de Lima: 1888-1940*. En *Acta Hispanica ad Medicinam Scientiarumque Historiam Illustrandam*, vol. 12, p. 38. Para 1888-1889, de 35 miembros, 3 eran militares. Destacaban los abogados, ingenieros y médicos.

¹³⁴ De la Combe, E. (1892) *Informe que presenta el coronel don Ernesto de La Combe a la Sociedad Geográfica, dándole cuenta de su expedición al río Azupizú y del camino que a él conduce*. En *Boletín de la Sociedad Geográfica de Lima*, 1892, t. I, n° 10, p. 414.

¹³⁵ Debe señalarse, sin embargo, que militares habían protagonizado misiones de exploración en la región amazónica desde la mitad del siglo XIX. Durante esta época, el Estado peruano patrocinó expediciones exploratorias a varias zonas de la Amazonía. En ellas, militares estaban acompañados de médicos e ingenieros, cuyo objetivo era establecer rutas fluviales que permitieran la penetración y aprovechamiento del río Amazonas de la manera más eficiente. Todo esto significaba que ya existía un incipiente intercambio de ideas entre científicos y militares. La más destacada fue la Comisión Hidrográfica del Amazonas (1863-73), capitaneada por el marino confederado John Tucker, siendo miembro el entonces teniente Melitón Carbajal. Consultar al respecto Sala i Vila, N. (2006) *Ingenieros y colonización amazónica en el Perú, 1821-1930*. Lima, Anuario IEHS 21, p. 445; y Morales, J. (2014) *El Oriente del Perú, la investigación geográfica en el*

El coronel Samuel Palacios, mientras fue declarado prefecto del departamento de Loreto, emprendió el viaje por tierra y río cruzando el río Pichis, reconociéndose como la “primera autoridad política” en hacer la travesía¹³⁶. Como hombres prácticos, los militares podían reclamar su lugar en la Sociedad Geográfica basados en la experiencia. Y, por si fuera poco, podían hacerlo en calidad de representantes del Estado, como vemos en el caso del coronel Palacios.

Mientras figuraban tres militares para 1888-1889 entre galenos e ingenieros, ya para 1892 se contaban con 20 miembros de uniforme entre los miembros de la SGL, 12 marinos y 8 efectivos del ejército¹³⁷. En tales asociaciones, los hombres que abrazaron la carrera de las armas se codeaban con la intelligentsia civil en discusiones que trataban sobre los grandes problemas del país. Precisamente discutiremos a continuación sobre el accionar de militares, civiles y médicos castrenses en los violentos últimos años del siglo XIX y las reformas que estos grupos buscaron aplicar a inicios del siglo XX gracias al uso de la ciencia finisecular.

II. 2. La República Aristocrática, el Ejército y la sanidad militar

II. 2. 1. La Revolución de 1895 desde el bisturí

Con el fin de la Guerra del Pacífico se inició el periodo de reflexión y cuestionamientos acerca de las causas de la estrepitosa derrota de las armas peruanas. Las miradas se dirigieron hacia los civiles que rehuyeron de su compromiso con la patria en su hora más crucial, como también a los propios militares con su improvisación y su crónica sed de aventuras políticas caudillistas. Es en este contexto en el que se constituyó una institución fundamental para hacer frente a estas críticas, así como para sentar las bases para una urgente reforma de las fuerzas armadas: el Centro

siglo XIX y el ingeniero Arturo Wertherman, en Revista del Archivo General de la Nación, 29(1), p. 32.

¹³⁶ De la Combe, E. (1892), *Informe que presenta...*, p. 425.

¹³⁷ Dato recopilado de la lista de “socios activos” adscritos a la SGL hacia 1892. Consultable en Boletín de la Sociedad Geográfica, 1892, t. I, n° 9, pp. 358 a 360.

Militar del Perú (1887)¹³⁸. Los oficiales que la conformaban reconocieron que para construir “planteles bien constituidos”, atraer a la ávida juventud a una carrera profesional “patriótica” y enmendar la falta de “consideración y respeto” del humillado ejército peruano era necesario ver a la carrera de las armas de manera más moderna, más profesional, más *científica*¹³⁹.

Mientras las voces reformistas se hacían escuchar, otros militares participaban en las esferas del poder político: uniformados fueron los que gobernaban desde 1886. Figuras representativas en este periodo fueron los generales Andrés Avelino Cáceres y Remigio Morales Bermúdez. Ante el caos y la crisis general que reinaba tras la Guerra del Pacífico y a los cuestionamientos al rol del ejército en ella, las fuerzas caceristas eran las únicas con el suficiente prestigio para poder restaurar el orden y “pacificar” el país¹⁴⁰. Sin embargo, ya para 1894 el modelo económico y político planteado por estos militares mostraba sus límites. Las políticas descentralizadoras irregulares, la falta de una legislación comercial actualizada que fomente la producción -especialmente la agrícola de exportación y la minera- y un reducido aparato estatal imposibilitaban ya no la reactivación económica, sino su expansión¹⁴¹.

A nivel latinoamericano, las décadas de 1880 y 1890 fueron marcadas por la expansión y reconfiguración de la economía primario-exportadora¹⁴². Las élites peruanas -especialmente las urbanas- debilitadas tras la guerra, poco a poco empezaron a recuperar espacios y aspiraban a sumarse a esta tendencia en la región. En cuanto a su expresión política, el Partido Civil buscaba incrementar su gravitación en el gobierno del país frente a la erosión del prestigio del cacerismo. Sin embargo, carecían de una figura carismática conocida por amplios sectores de la población, la cual paradójicamente era Nicolás de Piérola, líder del Partido Demócrata y -por largo tiempo- el acérrimo opositor de los civilistas. Tras la muerte del presidente Gral. Remigio Morales Bermúdez el 1 de abril de 1895, demócratas y civilistas vieron destruidas sus esperanzas de alternar en el poder con los hombres de uniforme tras

¹³⁸ Velásquez, D. (2013). *La reforma militar y el gobierno de Nicolás de Piérola. El Ejército moderno y la construcción del Estado peruano*, pp. 116-117.

¹³⁹ Ibidem, p. 123.

¹⁴⁰ Basadre, J. (2014) *Historia de la República del Perú...*, t. xi, p. 37.

¹⁴¹ Ibidem, p. 38.

¹⁴² Halperin Dongui, T. (2004) *Historia Contemporánea de América Latina*. Madrid: Alianza Editorial, p. 280.

el golpe de Estado que llevaría a cabo el Gral. Justiniano Borgoño. Vicepresidente de Bermúdez, Borgoño disolvió el parlamento y, acto seguido, convocó a elecciones con candidato único: Andrés Avelino Cáceres. Declarado presidente, el héroe de la Breña puso en suspenso las garantías constitucionales, perfilándose una prolongación del militarismo en el país por otros cuatro años. Por todo ello, la anterior improbable alianza demócrata-civilista se puso en marcha.

Con una población civil todavía armada tras la última contienda bélica, rápidamente la oposición al gobierno de Cáceres se militarizó. Tras idas y venidas, la batalla decisiva se centró en Lima. El “Ejército Nacional” comandado por el ‘Califa’ Piérola y articulado por el militar alemán Carlos Pauli contaba con aproximadamente 2500 miembros, entre montoneras, conscriptos y voluntarios. Las fuerzas del gobierno, por su parte, bordeaban los 4000 efectivos¹⁴³. Teniendo como campo de batalla las calles de la capital, las fuerzas contendoras se batieron ventana a ventana, jirón a jirón. La “toma de Lima” se caracterizó por la especial violencia de los enfrentamientos: fue un pandemonio, donde la ardua lucha-como sostenía Modesto Basadre- “[...] tuvo lugar en medio de muchísimos balazos que cruzaban en todas las direcciones”, a tal punto que hubo mil cadáveres y más de dos mil heridos¹⁴⁴. La ciudad se tiñó de rojo y plomo.

El enfrentamiento no solo fue importante en la historia política del país, lo fue también en el proceso de consolidación de la sanidad militar. Para los testigos de este fatal enfrentamiento no solamente la citada cantidad nos llama la atención, sino el extensivo daño que ocasionaban los fusiles de precisión en los tejidos humanos, armamento moderno que poseía el ejército peruano, pero también hacendados y sus fuerzas irregulares¹⁴⁵. Para ilustrar este punto, un cabo no identificado por razones de honor sufrió el cercenamiento de un testículo. Destaca, sin embargo, el hincapié que los observadores médicos hicieron de la trayectoria de la bala causante: ingresó por el muslo izquierdo, traspasó el escroto y salió a milímetros del miembro viril¹⁴⁶. La precisión y capacidad de penetración de los fusiles -especialmente los modernos

¹⁴³ Basadre, J. (2014) *Historia...*, t. xi, p. 22.

¹⁴⁴ Basadre, J. (2014) *Historia...*, t. xi, p. 24.

¹⁴⁵ Velásquez, D. (2013). *La reforma militar y el gobierno de Nicolás de Piérola...*, p. 415-416.

¹⁴⁶ Avendaño, L. y Zavala, M. (1905) *Medicina Legal*, en *La Crónica Médica*, 15 de mayo, n° 393, p. 126-128. Avendaño, L. (1906) *Informe de la sanidad militar*, en *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 15 de diciembre de 1906, n° 23, 1962-1964.

Mannlicher¹⁴⁷- fue lo que ocasionó la lesión de otro soldado, el cusqueño Manuel Chuctalla de 28 años, quien sufrió una herida en el cráneo que puso en riesgo su vida mientras combatía a las fuerzas pierolistas en la plazuela de Santa Teresa. La herida de Chuctalla era particularmente comprometedora¹⁴⁸:

[el soldado] presentaba una herida en la región parietal derecha, que comprometía el cuero cabelludo y el hueso en todo su espesor; se notaban claramente los latidos cerebrales [...] la herida tenía 4 centímetros de diámetro anteroposterior, y un centímetro de través [...] el proyectil, sin duda un Mannlicher, dado el pequeño diámetro transversal de la herida que hemos descrito, pasó tangencialmente a la región parietal.

El caso antes presentado no era ciertamente el único. Los galenos asignados al hospital militar de San Bartolomé polemizaban en las revistas médicas sobre las lecciones a obtener por la oportunidad *sui generis* que significó la gran cantidad de casos producidos por heridas de arma de fuego en tan corto tiempo (tres días). La medicina militar, tradicionalmente entendida como aquella rama abocada a las heridas por proyectiles en contextos bélicos, fue llamada a servicio en estas extraordinarias circunstancias. A diferencia del prolongado conflicto con Chile y las investigaciones de tesis de medicina que surgieron entonces, la carnicería de la batalla por Lima proporcionó un notable universo de casos (2000 heridos aproximadamente¹⁴⁹) concentrado en un espacio reducido -las calles de la ciudad- a lo largo de solo 72 horas y con una nueva generación de armamento. No es de sorprender entonces que investigadores vieran con gran interés este evento histórico

¹⁴⁷ Sobre el fusil Mannlicher, debemos hacer una salvedad: el reducido tamaño de la bala en comparación de las municiones anteriormente usadas podía llevar a pensar que “por las heridas que produce y la destrucción enteramente limitada de los huesos que toca, puede llamarse un rifle humanitario, [...] no los inutiliza [a los combatientes] de una manera indefinida, permitiéndoles la conservación de sus miembros heridos.”. Sin embargo, el mismo autor menciona que “desgraciadamente no es siempre idéntica la acción del Mannlicher sino al contrario muy variable según la distancia; en el combate de marzo [de 1895] hemos podido observar heridos de esta arma con gran destrucción de las partes blandas y de los huesos, y siempre nos han dicho que recibieron muy de cerca los proyectiles”. (Bello, E., 1895. *Cloasma en las heridas por armas de fuego con fracturas óseas múltiples*, en La Crónica Médica, 29 de febrero de 1895, año XIII, n° 172, p. 51).

¹⁴⁸ González Olaechea, M. (1896) *Herida por arma de fuego*, en La Crónica Médica, 31 de enero, n° 170, p. 38-39. El caso de Chuctalla se complicó severamente, postrándolo en un estado comatoso y degenerando de tal manera que se le tuvo que practicar una trepanación craneana para salvarle la vida. Sobrevivió.

¹⁴⁹ Burga, M. & Flores Galindo, A. (1979) *Apogeo y Crisis de la República Aristocrática*, p. 17

por su excepcionalidad. Al respecto, podemos mostrar el artículo del médico Eduardo Bello, fechado el 05 de octubre de 1895:

[...] la lucha fratricida ha sido fecunda en sangrientos resultados el número de heridos del combate de Lima tan elevado, tan variada la situación y extensión de las lesiones traumáticas, que *casi puede decirse no dejó de presentarse ninguna de las caprichosas e interesantes formas de traumatismo que producen las armas de fuego.*¹⁵⁰ (cursivas nuestras)

Tras las intensas refriegas en las calles desde la madrugada del 16 de marzo de 1895, Cáceres perdió la oportunidad de afianzarse en el poder¹⁵¹. Cargando el estigma de haber sido derrotados por fuerzas improvisadas e irregulares, el Ejército fue menospreciado y relegado en el nuevo escenario político que se abría con la llegada del “Califa” al gobierno. Ningún oficial quería asumir la responsabilidad por esta debacle¹⁵². Y es que no solamente se tenía una gran cantidad de heridos y muertos, sino que el propio prestigio castrense fue, ciertamente, también herido de gravedad.

II. 2. 2. Ejército, reforma militar e indígenas

Tras la salida de los militares del poder, Piérola inauguró una nueva etapa en la historia del Perú, la llamada República Aristocrática. Como mencionamos con anterioridad, el andamiaje legal, económico y social promovido por el cacerismo y sus aliados regionales se oponía a los proyectos de los grupos civiles, deseosos estos de gobernar y reordenar el país bajo sus propios criterios modernizadores. La consigna era reformar las estructuras socioeconómicas y el aparato estatal, pero solo lo necesario para cimentar el nuevo orden propuesto. Las formas tradicionales que no entraban en conflicto y hasta apoyaban esta nueva propuesta no solo podían ser

¹⁵⁰ Bello, E. (1895) *Cloasma en las heridas...*, p. 51. En este artículo se puede encontrar la minuciosa descripción de impactos de bala de seis soldados “indios” y un sargento “zambo”, el estado general de los heridos y complicaciones surgidas. Todos ellos fueron heridos en los combates de marzo de 1895 e ingresados a lo largo de los tres días de combate. Con esto, se contó con las condiciones ideales para realizar una investigación: procedencias y grados similares, todos heridos en las extremidades, fechas similares y gran cantidad de casos, a tal punto de acotar Bello que “varios otros [casos] podría señalar, pero considero suficiente con los indicados para poder sacar conclusiones. (p. 54), cualquiera de los 400 admitidos al hospital militar de efectivos del ejército constitucional (p. 51).

¹⁵¹ Basadre, J. (2014) *Historia...*, t. xi, p. 37

¹⁵² Masterson, D. (2009) *Fuerza Armada y Sociedad en el Perú moderno: un estudio sobre relaciones civiles militares 1930-2000*. Lima: Instituto de Estudios Políticos y Estratégicos, p. 37.

toleradas, incluso podían ser fomentadas. Fue el caso del latifundio serrano, muchas veces apoyado por las élites civiles ciudadinas para que mantengan bajo control a los indígenas en las provincias del interior. Se configuraría así una “modernización tradicionalista”, incentivando reformas liberales en el ámbito económico¹⁵³, empero la estratificación de la sociedad tendería a mantenerse¹⁵⁴. Ciertamente se buscaría incorporar a los indígenas a la “nación peruana”, considerados como “peso muerto”¹⁵⁵ por las élites intelectuales civiles a través de la educación y otras formas, pero el “modus vivendi” del Estado peruano seguía siendo la represión y la exclusión¹⁵⁶. Por ello, más allá del conocido antimilitarismo de los civilistas¹⁵⁷, ellos necesitaban del ejército, especialmente cuando zonas del territorio nacional no habían sido pacificadas hacia finales del siglo XIX, como Huanta (Ayacucho) y las comunidades de Comas (Junín).

Era necesario que el ejército como institución atravesara un radical proceso de reformas para poder ser de utilidad en los términos que los civilistas sentaban. La

¹⁵³ Debe destacarse, en primer lugar, la reforma en las políticas de recaudación de impuestos a lo largo del territorio nacional ya que en el gobierno cacerista se consideraba que era prerrogativa de los poderes locales, quienes terminaban “administrando” estos recursos. Durante el gobierno de Piérola se creó una institución mixta que sería la única encargada en nombre del Estado de recaudar tributos en todo el país: la Sociedad Anónima Recaudadora de Impuestos. No bastando ello, Piérola abolió la contribución personal, logrando así arrebatarse a las élites regionales de fuentes de ingreso consideradas tradicionalmente como fijas: ahora tenían que esperar montos otorgados por el mismo Estado, recaudados del estanco de la sal. Se reforzó la exención fiscal a los oligarcas - especialmente beneficiados los costeños- dado que sus impuestos eran deducidos de los bienes consumidos, mas no del flujo de ingresos. La consolidación de las capacidades económicas del Estado y el marco legal favorable a la acumulación de capital fueron rasgos del segundo gobierno pierolista. Al respecto, Contreras, C. (2012) *La economía pública del Perú después del guano y el salitre...*, pp. 257, 336, 349 y 372.

¹⁵⁴ De Trazegnies, Fernando (1992) *La idea del Derecho en el Perú republicano del siglo XIX*. Lima: PUCP, p. 30. No obstante, debe destacarse que el civilismo fue diverso a inicios del siglo XX. Rénique afirma que se contaba con pragmáticos, reformadores, neopositivistas, conservadores y abiertamente racistas, y cada grupo planteaba la incorporación de los indígenas a la nación peruana en ciertos términos, o la descartaba completamente (Rénique, J. L., 2015, *Imaginar la nación. Viajes en busca del ‘verdadero Perú’ (1881-1932)*. Lima: IEP, p. 209)

¹⁵⁵ Contreras, C. Y Oliart, P. (2014) *Modernidad y educación en el Perú*. Cusco: Ministerio de Cultura, Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco, p. 16.

¹⁵⁶ Klarén, P. (2015) *Nación y Sociedad...*, p. 258-259; Burga, M. & Flores Galindo, A. (1979) *Apogeo y Crisis...*, p. 100.

¹⁵⁷ Ejemplo de esta actitud contraria a los uniformados fue el vocal artículo presentado en La Luz Eléctrica, año VIII, n° 386, fechado el 19 de marzo de 1898. En esta pieza se presenta al ejército como sinónimo de retraso económico y autoritarismo: “El Ejército del Perú, es un déspota: él ha dispuesto y dispone de vidas y haciendas, de resoluciones y leyes, de cuerpos y almas [...] La responsabilidad del Ejército ante la Historia, es terrible. Él ha amenazado, ha debilitado y hecho retrogradar al Perú”, en Velásquez, D. (2013). *La reforma militar...*, pp. 148-149. Manuel Vicente Villarán fue muy vocal al respecto, equiparando al ejército con el atraso y a los “cárteles y comptoirs” con el “triumfo” del país. (Klarén, P. 2015. *Nación y Sociedad...*, p. 272.

condición primera sería despolitizar al ejército. Con el fin de cimentar el orden civilista, era necesario erradicar el faccionalismo, la pretensión a involucrarse en levantamientos y cuartelazos y, sobre todo, el respeto a la constitución. En 1895, con el ejército desmoralizado tras ser vencido por montoneras, se emprendió la reforma del ejército. Para ello, el gobierno pierolista se interesó en la contratación de una misión militar francesa, la que tendría la tarea de profesionalizar a los miembros del ejército del Perú, acercarlos más a la ciencia y alejarlos de la política¹⁵⁸. Además, los reformadores galos inculcaron en los militares peruanos la importancia del ejército como agente de modernización de la nación¹⁵⁹. Por todo ello, el ejército peruano no solo sería reformado, sino que, a ojos de los propios militares peruanos, perseguiría el "desarrollo nacional" de la sociedad peruana¹⁶⁰. Sobre estos puntos, veamos un escrito oficial del Ministerio de Guerra y Marina para 1896:

Más, para coronar dignamente esta labor de reconstrucción y adelanto [propuesta por los civilistas], pacientemente entendida y *que haría vacilar a espíritus de menos fe en el porvenir*, es menester persuadirse de que en el *Perú, por sus condiciones especiales, más que en ningún otro país, es en la institución militar donde el estadista encuentra resortes eficaces de civilización y cultura* para transformar la educación y los hábitos en el cuartel, la gran masa de población formada por la mayoría indígena¹⁶¹. (Cursivas nuestras)

La modernización del ejército, los intentos por definir su papel en el Perú finisecular y su proyección hacia el resto de la sociedad no quedaron solo en el papel. Hubo un consenso entre civilistas y militares para finales del siglo XIX en que la educación de

¹⁵⁸ Velásquez, D. (2013). *La reforma militar...*, p. 158

¹⁵⁹ Masterson, D. (2009) *Fuerza Armada y Sociedad en el Perú moderno...*, p. 4. Muchos de los militares franceses que conformaron la primera misión de la reforma en 1896 tuvieron con anterioridad roles administrativos en las colonias francesas y, por lo tanto, eran los representantes de la "modernidad" y "civilización" al ser los gobernadores en varias de las regiones periféricas del imperio francés. Antes entonces que combatientes, serían en primer lugar, "civilizadores". Ver al respecto la p. 40 de Masterson (2009), Velásquez, D. (2013). *La reforma militar...*, p. 164.

¹⁶⁰ Toche, E. (2008) *Guerra y democracia...*, p. 17.

¹⁶¹ Memoria del Ministerio de Guerra y Marina (1896), Lima: Imprenta de El País, p. 8. A más de veinte años de este escrito, podemos constatar que los militares todavía consideraban al ejército como una fuerza civilizadora, tal como lo menciona el teniente coronel de artillería José Urdanivia Ginés a través de la experiencia del concripto "Carroña" en 1920, un indígena de esos "concriptos de poncho, que ahora son pobres idiotas que no saben por qué viven, que ignoran hasta el color de su bandera". La experiencia del cuartel extirparía de "Carroña" cualidades negativas como el ser "rotoso, desaseado, insolente u soez" gracias a la figura del oficial, quien "se ha convertido en maestro de escuela, son las academias de moral que lo dignifica". Urdanivia, J. (1920) *El Sorteado*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1920, n° 11, pp. 751-754.

corte castrense tenía gran potencial para cultivar en los indígenas “los sentimientos de deber y patriotismo”¹⁶². En pro de fomentar la “civilización” del indígena que perseguía la reforma militar, el 06 de febrero de 1900 se decretó que se constituyesen “escuelas civiles” en los cuarteles, las cuales para 1904 estaban instaladas en gran parte del ejército¹⁶³. No obstante, los uniformados no fueron los únicos en plantear este tipo de propuestas reformistas. En un clima de cambios alrededor del aparato estatal (fundación del ministerio de Fomento y Obras Públicas en 1896¹⁶⁴, formulación de un proyecto educativo civilista centrado en los indígenas¹⁶⁵ y expansión de capacidades de recaudación fiscal) un grupo de profesionales civiles también se interesaba por plantear soluciones a los problemas nacionales desde sus anfiteatros anatómicos y revistas especializadas.

II. 2. 3. Desarrollo científico médico y presencia de galenos en el Estado

Al igual que en el resto del país, vientos de reforma también circularon en las aulas universitarias que reabrieron tras la Guerra del Pacífico. Con el afianzamiento del positivismo en la universidad a mediados de la década de 1880, los médicos recibieron estas influencias y las adecuaron a su formación y objetivos en pro de la reconstrucción nacional¹⁶⁶. Otras novedades también hicieron sentir su influencia. El antiguo paradigma ambiental explicaba el origen de las enfermedades, donde se responsabilizaba a los etéreos miasmas como los causantes principales ya no sintonizaba en su totalidad con los últimos avances en la naciente microbiología que

¹⁶² García Calderón, F. (2001) *El Perú Contemporáneo*. Lima: Fondo del Congreso, p. 410.

¹⁶³ Velásquez, D. (2013). *La reforma militar y el gobierno de Nicolás de Piérola...*, p. 405. No solamente involucra a la capacidad de lectoescritura la diferencia entre “civilización” y “barbarie” a inicios del siglo XX. También mediaban las condiciones higiénicas del individuo, de tal manera que el indígena -en abstracto- no solo era analfabeto y quechuablante, sino también “portadores de parásitos y enfermedades”. Ver al respecto Toche, E. (2008) *Guerra y democracia...*, p. 67.

¹⁶⁴ El Ministerio de Fomento comprendió múltiples áreas de interés del Estado y de importancia trascendental para los objetivos modernizadores civilistas, tales como la salubridad, la colonización, la expansión vial y construcción de vías ferroviarias, asuntos indígenas, etc. Fue el ministerio emblema del civilismo y su proyecto de país. Al respecto, ver Sala i Vila, N. (2006) *Ingenieros y colonización...* p. 449.

¹⁶⁵ Consultar Ccahuana, J. (2019). *La Reforma Educativa de 1905: estado, indígenas y políticas racializadas en la República Aristocrática*, en *Apuntes*, 47(86), p. 6-8, y Contreras, C. Y Oliart, P. (2014) *Modernidad y educación...*, p. 16-17.

¹⁶⁶ Sobre el positivismo en la universidad durante la década de 1880, especialmente la importancia de la cátedra de Filosofía Contemporánea (1886) para esta corriente de pensamiento, véase Cueto, M. (1989) *Excelencia científica en la periferia...*, pp. 55-56.

hacia su llegada al Perú. Esta nueva rama de la investigación proporcionaba causas concretas, verificables y positivas a las enfermedades a través de microscopios¹⁶⁷. En San Fernando, la temprana fundación de la cátedra de Bacteriología y Teoría Microscópica en 1890 hizo que la epidemiología positivista y un enfoque más individual basado en la teoría del germen estuviera ya a disposición de las élites políticas civiles para cuando los militares se retiraran del poder en 1895¹⁶⁸. Para tales fines era necesario impulsar el desarrollo de la ciencia experimental, pedido que hizo frente a las autoridades políticas el ministro de Fomento Dr. David Matto en 1903, señalando que “[...] La ciencia médica ya no es una ciencia especulativa, aspira a ser exacta y por lo mismo, necesita para su aprendizaje de locales apropiados, gabinetes, laboratorios de experimentación [...]”¹⁶⁹. El nuevo edificio de San Fernando inaugurado en 1903 buscó responder a esas demandas.

Toda esta innovación también significará oportunidades para los médicos. En 1901, el connotado médico Leonidas Avendaño afirmaba que era necesario fomentar el incremento de los indicadores demográficos a nivel nacional, todo ello cuanto el país atravesaba una severa "despoblación consecutiva de la población"¹⁷⁰. Esta exacerbada preocupación por las razones de la despoblación y sus efectos tenía una indesligable relación con la producción económica en la mente de los civilistas, de ahí que para abordar este problema el Estado civilista inauguró la Dirección de Salubridad Pública el 06 de noviembre de 1903. Esta institución, de alcance en todo el Perú, surgió a raíz de la llegada de la peste negra y la búsqueda de hacer frente a los efectos de esta enfermedad para abril de 1903. Controlada la epidemia, rápidamente

¹⁶⁷ Fruto de la teoría del germen de Koch, se consideraba que cada enfermedad tenía un único agente causante, siendo labor de la medicina identificarlo y eliminar. Arce Espinoza, E. (2015) *La utopía postergada: un enfoque social de la salud en el Perú*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, pp. 18-19.

¹⁶⁸ Bustíos Romani, C. (2004) *Cuatrocientos Años...*, pp. 12, 128.

¹⁶⁹ Pamo, O. & Rabí, M. (2004) *Centenario de la Sede Central de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. En *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*, 2004, 65:3, p. 210.

¹⁷⁰ Avendaño, L. (1901) *Discurso académico de apertura del año universitario de 1901 pronunciado por el doctor Leonidas Avendaño, catedrático de la Facultad de Medicina*, en *Anales de la Universidad Mayor de San Marcos de Lima*, 1901-1902, t. XXIX, p. 2. Para entonces, la población en la costa era reducida, siendo esta la región donde se situaban las tierras con mayor productividad y cuya producción se destinaba a la agroexportación, especialmente la azucarera. No obstante, el país no estaba despoblado en su totalidad, dado que gran parte de la población y el crecimiento poblacional se concentraba en la sierra a lo largo del siglo XIX y las primeras décadas del XX. Al respecto, consultar Cosamalón, J. (2017) *El Juego de las Apariencias: la alquimia de los mestizajes y las jerarquías sociales en Lima, siglo XIX*. Lima: IEP-Colmex, p. 78, 82.

trascendió sus objetivos iniciales de control de la *Yersinia pestis* y, actuando bajo el control del ministerio de Fomento, adquirió carácter permanente para fomentar la salud de los habitantes del país¹⁷¹. Encargada de la coordinación en todo el territorio nacional de la higiene y la demografía y, usando los últimos avances en bacteriología y medicina, la Dirección de Salubridad otorgó a los médicos nuevas vías de ingreso a las esferas estatales, antes limitadas a posiciones circunscritas como médicos titulares o algún puesto en el ejército. En estas nuevas posiciones podían alcanzar las altas esferas de la toma de decisiones tales como el Ministerio de Fomento, lugar en donde disputaron la titularidad al sector ingenieril¹⁷². Otras instituciones públicas también estuvieron a cargo de galenos, como el Instituto de Vacuna (1896) y el Instituto Municipal de Higiene de Lima (1902), incentivándose un clima de expectativa para los profesionales de la salud con el cambio de siglo. Atrás quedarían las palabras del médico Rómulo Eyzaguirre, que en 1897 despotricaba contra aquellos que relegaban a sus colegas por ejercer funciones en las instituciones estatales¹⁷³.

II. 2. 4. Papel de la ciencia en el Ejército de la reforma militar (siglo XX)

Pero la ciencia no era solo patrimonio de los médicos. Uno de los puntos centrales en la reforma militar de 1896 fue la profesionalización militar. Dentro de las múltiples aristas que contenía el proceso que buscaba convertir en “profesionales” a los uniformados peruanos, destacó el énfasis en la formación científica¹⁷⁴. En este sentido, los planes de estudio a fines del siglo XIX se adaptaron al celo científico de los militares franceses dirigidos por Paul Clément, especialmente en cuanto a la incorporación de ciencias básicas como la física y la química, o ramas de la

¹⁷¹ Bustíos Romani, C. (2004) *Cuatrocientos Años...*, pp. 101, 104-105.

¹⁷² Sala i Vila, N. (2006) *Ingenieros y colonización...*, p. 458. Destacaron médicos como Francisco Almenara Butler, Miguel Rojas Mesía, David Matto, Belisario Sosa, Manuel Barrios, entre otros.

¹⁷³ Eyzaguirre, R. (1897) *La tuberculosis pulmonar en Lima*, en *Anales Universitarios*, n° 196, p. 58.

¹⁷⁴ El abordaje de Samuel Huntington sobre el militar profesional nos permitirá analizar las múltiples dimensiones de la profesionalización militar: se ensalza el corporativismo o aprecio a la institución, la identificación con la nación y sus objetivos, así como el manejo del conocimiento científico aplicado a la labor militar. (Huntington, S., 1957, *The Soldier and the State, The Theory and Politics of Civil-Military Relations*. Cambridge: Harvard University Press, pp. 7-18). Tal como mostramos en el capítulo anterior, de manera paulatina estaba cambiando la concepción del militar: ya no era el poder de su genio el que le ayudaba a obtener victorias, sino la contundencia, predictibilidad y transmisibilidad que brindaba el conocimiento científico. Para más información sobre este punto, especialmente sobre la transición del “arte” a la “ciencia militar”, consúltese Velásquez, D. (2013). *La reforma militar...*, p. 124.

matemática como el álgebra, la geometría y la trigonometría. A la vez, figuraba la higiene como materia en la Escuela Militar de Chorrillos (1902)¹⁷⁵. Donde se puede apreciar este proceso de incorporación de lenguaje científico es en los artículos que algunos oficiales publicaron en el Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, principal revista militar de inicio del siglo XX. Haciendo la comparación con su predecesora, la Revista Militar y Naval (1889), destaca la progresiva matematización en los artículos, así como la activa difusión de conferencias y artículos científicos de las academias militares europeas y norteamericanas. Llama la atención el interés por la topografía y la balística, con el uso de fórmulas matemáticas, equivalencias, cantidades y cifras. No solamente se encargaría esta revista de reproducir artículos extranjeros, sino que serviría de plataforma para que los militares peruanos publicaran sus conferencias y trabajos de los más diversos temas. Por ejemplo, en 1906 se publicó el artículo “Alimentación”, por el director del servicio de sanidad militar Dr. Evaristo Chávez donde se trataba, ya no sobre dietas o meras sugerencias de alimentos considerados acientíficamente como “nutritivos” para el soldado como era en la década de 1890, sino que introducía en su propuesta rangos de calorías cuantificables y controlables a voluntad del médico militar. Estableciendo una base de 2800 calorías como el “rendimiento térmico del hombre en el estado de alimentación normal”, el Dr. Chávez cubrió valores recomendados para soldados en tiempo de paz (3200 a 3285 calorías), así como en tiempo de guerra (3472 a 3513 calorías). Solo teniendo en cuenta estos márgenes de acción de promedios, evidencia y recomendaciones calóricas, procedió el autor a sugerir cantidades precisas y tipos de alimentos para el caso peruano¹⁷⁶.

La cuantificación y matematización también afectó a disciplinas militares más tradicionales. En 1911 el teniente coronel Federico Cariat presentó el artículo “Fortificación de campaña”, en el que analizó el tema de trincheras militares a través de proporciones y uso de geometría de manera gráfica¹⁷⁷. En el mismo año, el teniente coronel J. Urdanivia Ginés presentó en el Boletín de Guerra y Marina su primera conferencia de artillería, donde destacaba el uso exhaustivo de ecuaciones, fórmulas y gráficos para resolver problemas relacionados con la calidad de los

¹⁷⁵ Ibidem, p. 207, Cuadro 7: “Plan de Estudios de las Escuelas Militares”.

¹⁷⁶ Chávez, E. (1907) *Higiene Militar. Cuarta conferencia: alimentación*. Lima: Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, n. 10, p. 803-804

¹⁷⁷ Cariat, F. (1911) *Fortificación de campaña*. Lima: Lima: Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, n°1, p. 41.

metales de cañones, la fuerza del disparo, etc.¹⁷⁸ La topografía y la geodesia también se hizo presente, considerando que el jefe de la Misión Militar francesa Paul Clement fue un especialista en esta ciencia durante su tiempo de servicios en Argelia y Túnez¹⁷⁹. A su vez, oficiales peruanos cultivaron esta disciplina, tal como el teniente coronel R. B. Peña, quien publicó una serie de conferencias sobre topografía en 1911¹⁸⁰. Muchos de estos saberes, vertidos en el formato de “conferencia”, apuntaban a buscar familiarizar a los militares del ejército con los avances científicos de la época tal como lo muestra el sargento mayor de artillería Antonio Beingolea al disertar sobre astronomía militar:

Estos estudios, sin quitar gran tiempo, *no exigen tampoco profundos conocimientos de la ciencia astronómica*, pues todo se reduce a conocimientos prácticos, estrictamente necesarios para resolver los cuatro o cinco problemas que se presentan en la determinación de coordenadas. [...] Hay una *creencia de que estos estudios incumben de un modo especial a los marinos*, por el hecho de que estos usan a menudo el sextante para determinar sus puntos y por consiguiente estarían familiarizados en esta clase de trabajos.¹⁸¹ (cursivas nuestras)

Este afán por la medición no solamente se buscaba aplicar al terreno o a los cielos, sino también a los cuerpos de los conscriptos. Por ello, el Boletín del Ministerio de Guerra y Marina también incorporó los trabajos de médicos militares sobre antropometría militar con el fin de asegurar la idoneidad de los conscriptos y facilitar

¹⁷⁸ Urdanivia, J. (1911) *Primera conferencia de Artillería*. Boletín del Ministerio de Guerra y Marina: Lima, n° 13, p. 646.

¹⁷⁹ Paul Clement no solo tuvo a su cargo la conducción de la Misión Militar francesa en el país, sino que se encargó de difundir en el Perú los trabajos de geodesia que investigaban sus compatriotas en América Latina, como fue el caso de la expedición gala que iba a determinar el meridiano en Perú y Ecuador desde 1899 (Clement, P. 1901. *Revisión del arco meridiano del Perú*. En Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1901, t. X, pp. 338-354). No fue Clement el único oficial francés con formación científica presente en el Perú en esta época finisecular: en 1899 estuvo en Ayabaca el capitán del ejército francés Maurain haciendo mediciones (Ibidem, p. 342). También estuvo el militar galo Armando Pottin, el cual venía de aplicar sus conocimientos de geodesia en Túnez en calidad de funcionario colonial (Velásquez, D. 2013, *La reforma militar...*, p. 164). Por su parte, Clement incluso llegó a representar al Perú en 1925 en el Congreso Geográfico Internacional de El Cairo (López-Ocón, L., 1995, *El nacionalismo y los orígenes de la Sociedad Geográfica de Lima*, en Cueto, M. (ed.) *Saberes andinos: ciencia y tecnología en Bolivia, Ecuador y Perú*. Lima: IEP, 1995, pp. 123). La experiencia científica de los funcionarios coloniales franceses se debió a la importancia que le otorgaron los galos a la delimitación de sus territorios de ultramar tras el Reparto de África en el siglo XIX. Al respecto, ver De la Gorce, P. (1963) *The French Army. A Military-Political History*. New York: George Braziller, p. 63.

¹⁸⁰ Peña, R. (1911) *Primera conferencia de Topografía*. Boletín del Ministerio de Guerra y Marina: Lima, n° 13, p. 775.

¹⁸¹ Beingolea, A. (1912) *Práctica sobre las observaciones astronómicas en campaña*. Boletín del Ministerio de Guerra y Marina: Lima, n° 6, p. 340.

el proceso de reclutamiento al ejército¹⁸². En tal sentido, este artículo de 1914 del médico militar Guillermo Fernández Dávila es ilustrativo al respecto:

Como podemos apreciar los índices de constituciones muy fuertes, fuertes y buenas han sido los que han dominado. [...] Es esto bastante halagüeño para el tipo peruano, pues pone en manifiesto las excelentes condiciones físicas que adornan al individuo nacional y prestan al mismo tiempo una risueña esperanza sobre el mejoramiento de nuestra raza.¹⁸³

Para el personal militar asimilado, términos como “antropometría” o “índices de constituciones” no les eran ajenos. Precisamente sobre esto último, lo que el Dr. Fernández Dávila encontró con sus investigaciones, aquellas “excelentes condiciones” del “tipo peruano” -es decir, el indígena- permitían consolidar la justificación del servicio militar obligatorio: el “mejoramiento de nuestra raza” era la labor por realizar tras cerciorarse que el habitante peruano tenía potencial. Empero, esta labor de mejora no podía ser llevada a cabo sin el auxilio de la higiene, la difusión de nociones de medicina y ciencia en el ejército y -sobre todo- el racismo científico. A continuación, veremos de qué manera esto último sirvió a galenos civiles y militares para fundamentar una propuesta que prometía resolver los problemas de la “nación” peruana.

II. 3. Una propuesta médico-militar desde el racismo científico: la teoría de la autogenia como solución a los “problemas nacionales”

En el marco del desarrollo científico decimonónico y de consolidación de nuevas doctrinas como el positivismo, hizo acto de presencia una teoría cuya profunda huella

¹⁸² Ello no debe llevarnos a pensar que la antropometría en el Perú fue introducida por primera vez por personal militar. Tradicionalmente vinculada con las teorías del racismo científico decimonónico por Gustave Le Bon, Samuel George Morton o Franz Joseph Gall, la antropometría tuvo aplicación en la criminología con figuras como el italiano Cesare Lombroso. En nuestro país tuvo un mayor arraigo esta última vertiente, concretándose ya para 1892 una Sección antropométrica y fotográfica en la Intendencia de Lima. Al respecto de esto último, consultar Morón, H. (2021) *Criminalidad y modernización punitiva en Lima. 1862-1892*. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Historia, Lima: UNMSM, p. 164. Sobre la antropometría, su relación con la fotografía, el racismo científico y el colonialismo europeo, consultar Naranjo, J. (2006) *Fotografía, antropología y colonialismo (1845-2006)*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, p. 82-84.

¹⁸³ Fernández, G. (1914) *Selección médica de los contingentes. Resultado de los reconocimientos de los años 1911, 1912 y 1913*. Lima: Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, n° 11, p. 690

permitió reimaginar la nación peruana, nos referimos al racismo científico¹⁸⁴. Abogados, literatos, ingenieros, médicos civiles y -como veremos en este capítulo- médicos militares abrazaron sus postulados. Estos sirvieron de base a diversas políticas públicas impulsadas por el naciente Estado oligárquico civil, lo cual permitía clasificar y ordenar la sociedad peruana bajo criterios raciales y sociales¹⁸⁵. Al situar a los blancos en la cúspide y a las "razas" de color en los estratos más bajos de la pirámide humana, el discurso científico racista naturalizaba la arbitraria separación entre los blancos criollos y los cobrizos indígenas peruanos, considerando a estos últimos analfabetos y sucios, es decir, "bárbaros" o, peor aún, naturalmente inferiores y condenados a obedecer¹⁸⁶. Sostenida estaba entonces con supuestos argumentos científicos la superioridad de las élites tras periodos de gran convulsión social¹⁸⁷. Ahora que los criollos civiles tenían el poder del Estado tras el triunfo de Piérola en 1895, podían finalmente decidir qué hacer con el indio en el Perú moderno que buscaban establecer.¹⁸⁸

¹⁸⁴ Este racismo científico se basó principalmente en las clasificaciones y comparaciones anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, alcanzando altos niveles de abstracción con la formulación de "tipos raciales". Al respecto, consultar Chambers, Sara. *Little Middle Ground: The Instability of a Mestizo Identity in the Andes, Eighteenth and Nineteenth Centuries*, en Appelbaum, N.; Macpherson, A. y Roseblatt, K. Eds. (2003) *Race and nation in modern Latin America*. The University of North Carolina Press, p. 272-273

¹⁸⁵ Durante los primeros años de la República Aristocrática, el Estado controlado por los civilistas puso gran énfasis en conocer y escudriñar la vida de los pobres y marginales, especialmente en Lima. Al respecto, revisar Drinot, P. (2009) *Locura, neurastenia y "modernidad": interpretaciones médico-legales y populares del suicidio en la República Aristocrática*, en Cueto, M., Lossio, J. y Pasco, C. (eds.) *El rastro de la Salud en el Perú*. Lima: IEP, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

¹⁸⁶ Debe destacarse que, según las corrientes del racismo científico, no necesariamente eran características biológicas propias de la fisonomía o el fenotipo, sino también aquellas consideradas ahora netamente culturales las que diferenciaban al civilizado del bárbaro, tales como el manejo de idiomas, creencias religiosas, vestido, hábitos higiénicos y capacidades de lectoescritura, combinándose estas en "esencias" o "tipos" raciales. Así, el hombre blanco sabría leer y escribir, era alto, limpio, espigado y vestía occidentalmente. Al respecto, revisar Rattansi, A. (2007) *Racism. A very short introduction*. New York: Oxford University Press, pp. 104-105

¹⁸⁷ Los conceptos raciales no solo explicaban, sino también describían y clasificaban y, por lo tanto, servían a los objetivos de las élites criollas a inicios del siglo XX, un periodo donde las clases altas limeñas se veían amenazadas por el incremento poblacional en Lima y cada vez más desconocidas caras que circulaban por las calles provenientes de otras regiones. Sobre los atributos de las concepciones raciales, consultar Poole, D. (2000) *Visión, raza y modernidad, Una economía visual del mundo andino en imágenes*. Lima: SUR, p. 26. Acerca de las transformaciones demográficas, sociales y culturales de Lima en las dos primeras décadas del siglo XX, consultar Parker, D. *Los pobres de la clase media: estilo de vida, consumo e identidad en una ciudad tradicional*, en Panfichi, A. Y Portocarrero, F. (eds.) (1995) *Mundos interiores: Lima 1850-1950*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, pp. 165-171.

¹⁸⁸ Contreras, C. Y Oliart, P. (2014) *Modernidad y educación en el Perú...*, p. 17

Diferentes propuestas amparadas en el racismo científico buscaron dar solución a este problema. Para algunas de ellas, influenciadas por la visión de teóricos raciales como Gustave Le Bon, los rasgos raciales dictaban los límites del desarrollo físico, intelectual y moral de ciertos grupos sociales, especialmente los considerados "inferiores"¹⁸⁹. Asimismo, el que un país no fuese homogéneo racialmente como el Perú lo condenaba al desorden político perpetuo¹⁹⁰. Bajo tales ideas, los indígenas eran para algunos miembros de las élites considerados como irredimibles, por lo que no quedaba otra solución que desplazarlos lenta pero certeramente si es que se buscaba alguna posibilidad de orden y progreso nacionales¹⁹¹. Clemente Palma mostraba esta posición con fría elocuencia:

[...] veamos, señores, cuál es el porvenir posible de nuestras razas, cuál el porvenir del Perú como nación. Desde luego creo que la experiencia de varios siglos ha demostrado todo lo que puede esperarse de la *raza india; raza embrutecida por la decrepitud*. [...] *Los elementos inútiles deben desaparecer, y desaparecen*. A medida que la civilización vaya internándose en la sierra y las montañas, el elemento indígena puro irá desapareciendo, como sucede en los *Estados Unidos* con los pieles rojas.¹⁹²
[...]

Para Palma, la "raza india" no tenía posibilidad de mejora: la consideraba como parte de los "elementos inútiles" de la humanidad, por lo que debía garantizarse su paulatina desaparición. Destaca también el que Palma sitúe la argumentación de su

¹⁸⁹ Portocarrero, G. *El fundamento invisible: función y lugar de las ideas racistas en la República Aristocrática*, en Panfichi, A. Y Portocarrero, F. (eds.) (1995) *Mundos interiores: Lima 1850-1950*. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. p. 236-237

¹⁹⁰ *Ibidem*.

¹⁹¹ Marcone, Mario (1995). *Indígenas e inmigrantes durante la República Aristocrática...* p. 77-78. Gustave Le Bon no fue el único teórico racial europeo leído en el Perú. Las ideas de Arthur de Gobineau también tuvieron cabida en el Perú: estas postulaban la existencia de clases sociales racializadas, siendo la nobleza o aristocracia de raza superior, la burguesía mestiza, y la clase baja de raza inferior. (Goldberg, D. T., 2002, *The Racial State*. Oxford, Blackwell Publisher. Cap. 4, Racial Rule, p. 32) Estas tuvieron especial cabida con uno de los pedagogos más importantes e influyentes del siglo XIX, Sebastián Lorente (Flores Galindo, A., 1988. *Buscando un Inca: identidad y utopía en los Andes*. Lima: Editorial Horizonte, pp. 227-228). Otro de los teóricos raciales, uno que tuvo especial influencia entre médicos, fue Herbert Spencer. La acuñación del término "sobrevivencia del más apto" le corresponde a él, quien además le colocaba tal rótulo de aptitud a los de raza blanca, argumentando que la prueba final era el desarrollo logrado por Europa en la conquista del mundo. (Goldberg, D. T., 2002, *The Racial State...*, p. 54). Spencer fue el autor más consultado de entre los teóricos racistas y positivistas en la biblioteca de San Fernando a inicios del siglo XX (Cueto, M., 1989. *Excelencia científica en la periferia...*, p. 56)

¹⁹² Palma, C. (1897) *El porvenir de las razas en el Perú*. Lima: Facultad de Letras de la Universidad Mayor de San Marcos, p. 35.

tesis en términos geográficos, señalando a la sierra y la montaña como el lugar donde radicaba el problema. La costa criolla todavía era redimible:

[...] *Es la raza alemana, en mi opinión, la que más beneficios hará en nuestra sangre desequilibrada; es la raza alemana con sus admirables condiciones de energía, moralidad y orden la que crearía, al cruzarse con la criolla, una generación equilibrada, dotada de carácter, de menos sensibilidad, pero con más respeto a la ley y al deber.* (cursivas nuestras)¹⁹³

Similares perspectivas a la presentada por Palma habían sido adoptadas previamente por el Estado peruano a través de normas sancionadas como la ley de inmigración de 1893 que -a diferencia de leyes anteriores- no buscaba la incorporación de mano de obra para las haciendas costeñas, sino que tenía la explícita misión de “mejorar” a la población¹⁹⁴. El problema de estas posturas racistas radicales yacía en que cancelaba la posibilidad del progreso de la nación peruana por sus propios medios. Implicaba que los intelectuales y científicos peruanos debían mantenerse expectantes de la redentora inmigración europea blanca -cuya misión histórica sería salvar al país de sí mismo-, espera cuya duración las élites civiles no podían controlar¹⁹⁵. Por estos motivos se procedió de una manera más dinámica: se recurrió a un activo ministerio de Fomento y al auxilio de disciplinas médicas como la bacteriología, la microbiología y nuevas aproximaciones médicas al medio peruano¹⁹⁶. Asimismo, fue necesario adoptar políticas de corte restrictivo: controlar la presencia de “indeseables” de origen asiático que corrompieran a la población nacional: para 1900 ganaba terreno el temor de que los indígenas fueran “ahogados por una inundación de mongoles” – en

¹⁹³ Ibidem, pp. 38.

¹⁹⁴ Bustíos, C. (2004) *Cuatrocientos años...*, p. 82.

¹⁹⁵ De la Cadena, M. (2004) *Indígenas mestizos: raza y cultura en el Cusco*. Lima: IEP, p. 73-74.

¹⁹⁶ En esta época José Toribio Polo expresó una visión sobre los fenómenos naturales que abrazaba la complejidad y variedad en las explicaciones: no solo se abordó la variedad (eventos meteorológicos, telúricos, volcánicos, hídricos, zoonóticos y plagas agropecuarias, entre otros) sino la dimensión temporal (estudio de tales fenómenos en el pasado). Por ello, para este autor, “[...] todo interesa, no solo porque se relaciona con la vida social del país en el pasado, sino por la utilidad de tales datos para el presente y el porvenir, por la luz que proyectan sobre otros hechos y por su enlace con ellos” (Toribio Polo, J., 1913, *Apuntes sobre las epidemias en el Perú*. Lima: Imprenta Nacional de Federico Barrionuevo, p. 4). Visiones como estas en las que el medio y la sociedad están claramente vinculados se relacionaban con el manejo del ambiente por los intelectuales de la época para darle respuesta a los grandes problemas del país, entre ellos el “problema del indio”, como veremos en breve.

referencia a migrantes chinos y japoneses- a decir de Dora Mayer en 1906¹⁹⁷. Esta situación revistió carácter de urgencia, en cuanto en esta época se creía no solo que el crecimiento poblacional peruano se había estancado, sino incluso que era negativo¹⁹⁸. Con el desarrollo de la ciencia médica a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, los galenos pudieron intervenir con mayor detenimiento en ciertas enfermedades que por largo tiempo suscitaban la sospecha de despoblar la sierra: el tifus y la tuberculosis. En el primer caso, tenemos al médico Guillermo Olano, quien en 1910 sostuvo que "es el tifus [el] mal que contribuye eficazmente a su despoblación [de la sierra], en proporción incomparablemente mayor que otras enfermedades"¹⁹⁹. Para el segundo caso tenemos al galeno Enrique León García, quien afirmaba en el caso limeño que "los indios parecen ofrecer el terreno óptimo para la difusión de la tuberculosis; su índice de mortalidad por esta causa es siete veces mayor que el de los blancos, siendo ya grande el de estos"²⁰⁰.

Para las fechas en las que escribieron León García y Olano, 1909 y 1910, habían sido publicadas dos obras médicas que ofrecían un diagnóstico y solución a la aparente crisis demográfica cuyas conclusiones tuvieron honda repercusión. La primera de ellas fue la tesis doctoral del Dr. Francisco Graña, titulada "El problema de la población en el Perú: inmigración y autogenia" (1908), la cual postulaba que era necesario dotar de "aptitudes físicas y morales" a los indígenas para romper la alta mortalidad entre ellos²⁰¹. Resultaba necesario desarrollar entre los indígenas la posibilidad de "civilizarlos" sin necesidad de depender de la inmigración de sangre anglosajona para "mejorar" el país: la raza nacional se mejoraría a sí misma²⁰². El otro libro fue el del Dr. Luis Pesce, quien planteaba que se podía volver a los indígenas el "factor activo y consciente" del país, presentándolos como solución a la falta de brazos que

¹⁹⁷ Dora Mayer, *Apuntes sobre un estudio de la Inmigración*, La Prensa, 1 mayo 1906 (tarde), 1., en Moore, S. (2014) *Indigenismo peruano, la raza, y los peruanos asiáticos*, en *Contracorriente*, Vol., II, n° 3, p. 199.

¹⁹⁸ Sobre los asiáticos y las enfermedades, ya desde la segunda mitad del siglo XIX se les atribuía ser los difusores de males como la fiebre amarilla, el "cólera asiático" o la "peste oriental", la cual por cierto ocasionó zozobra en el país años después, en 1903. Sobre el sesgo xenófobo hacia estas enfermedades, ver Cueto, M, y Rivera, B. (2009) *Entre la Medicina, el Comercio y la Política: el Cólera y el Congreso Sanitario Americano de Lima, 1888*, en Cueto, M., Lossio, J. y Pasco, C. (eds.) (2009) *El rastro de la Salud en el Perú*. Lima: IEP, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

¹⁹⁹ Olano, G. (1910) *El piojo blanco y el tifus exantemático*, en *Anales Universitarios*, 15 de noviembre de 1910, pp. 265-266

²⁰⁰ León García, E. (1909) *Las Razas en Lima*. Lima: Imprenta Sanmarti y Cía, p. 60.

²⁰¹ Marcone, Mario (1995). *Indígenas e inmigrantes durante la República Aristocrática...*, p. 83.

²⁰² De la Cadena, M. (2004) *Indígenas mestizos...*, p. 34.

incapacitaba la economía nacional²⁰³. Siguiendo esta argumentación, ya no era necesaria la presencia de trabajadores asiáticos, lo que se requería era brindarles las herramientas educativas e higiénicas a indígenas para que asuman su respectivo lugar en la economía nacional: las labores manuales. Para ambos autores, no era necesario aplicar políticas públicas que persiguiesen la limpieza étnica de indígenas²⁰⁴, sino más bien políticas ambientales, educativas, higiénicas y militares dirigidas hacia la eugenesia por medio del favorecimiento de la reproducción y revitalización de la población nativa²⁰⁵.

Uno de los principales difusores de la doctrina autogénica fue el médico militar Carlos Enrique Paz Soldán (1885-1972), conocido como el principal referente de la doctrina eugenésica en el Perú y el fundador de la medicina social²⁰⁶. En la comprensión de su mirada sobre la medicina y su rol en la sociedad, los estudiosos han subestimado la experiencia de Paz Soldán en el ejército. Reconociendo la labor pionera del Dr. Graña, fue él quien en su tesis de bachillerato titulada *La medicina militar y los problemas nacionales* (1910) brindó una robusta propuesta de “mejora” del indígena desde los cuarteles:

De todo lo que llevo expuesto pueden deducirse las siguientes conclusiones:

1. *El problema de la población puede resolverse por ahora con la conquista del indio por medio del servicio militar*
2. El indio, degenerado bajo todos conceptos, *no discrepa sin embargo como soldado de sus antepasados.*
3. *Su militarización en basta escala*, al mismo tiempo que lo civilizaría, lo haría factor útil en la vida nacional.
4. Esta militarización solo podría realizarse si se evitara la inutilización que actualmente se verifica, *aplicando las enseñanzas de la higiene militar.*

Estas conclusiones defendiendo la autogenia, como la solución fundamental que puede darse en el día al problema de la población, es también la que *mucho antes que nosotros, llega el doctor Graña en su tesis para el doctorado de medicina.*²⁰⁷ (cursivas nuestras)

²⁰³ Marcone, Mario (1995). *Indígenas e inmigrantes durante la República Aristocrática...*, p.83

²⁰⁴ Para conocer más de los problemas que acarrea la promoción de formas radicales de eugenesia, revisar Goldberg, D. T. (2002). *The Racial State...*, pp. 83-84

²⁰⁵ Bustíos, C. (2004) *Cuatrocientos años...*, p. 299.

²⁰⁶ Carlos Enrique Paz Soldán fundó en 1927 el Instituto de Medicina Social, el cual se centró en investigar los factores que repercutirían en la población peruana. Ver Yzú, B. (2016) *La eugenesia peruana a partir de la vida y obra de Carlos Enrique Paz Soldán (1900-1965)* Lima: PUCP, tesis de licenciatura, p. 60. En dicho instituto trabajaría después Maxime Kuczynski en la década de 1930.

²⁰⁷ Paz Soldán, C. (1910) *La medicina militar y los problemas nacionales*. Lima: Imprenta Liberal, tesis de bachillerato, p. 16.

Nótese que, para Paz Soldán, la higiene militar era la condición necesaria para que la “militarización en vasta escala” hiciera del indígena un hombre “civilizado”: de no incluirse aquella, los objetivos del ejército en la sociedad peruana corrían peligro. A diferencia de lo que planteaban los indigenistas y otros civiles al mando de la política educativa durante la República Aristocrática²⁰⁸, los médicos militares debían primero “construir al indio” sanitariamente²⁰⁹. Esto implicaba que, antes de preocuparse por su capacidad de aprendizaje, se requería garantizar que el indígena no iba a enfermar o morir, así como asegurar que estuviera en las mejores condiciones de salud posibles para aprender y culminar su servicio militar obligatorio de manera satisfactoria. Pero mucho más estaba en juego. Al seguir los preceptos de la higiene para la “construcción del indio” se pasaba por la necesaria alteración de las variables del medio en el que se encontraba: era necesario construir su ambiente en primer lugar. El aplicar una lógica lamarckiana de manipulación de caracteres adquiridos por las presiones del medio repercutía no solo en el individuo en cuestión, sino en su descendencia y -en consecuencia- en la raza nacional²¹⁰. El descuido de ambos procesos por el celo militar abría espacio para la mayor prevalencia de enfermedades que se cebaban con la población indígena y -en general- con toda la población del país, tales como la tuberculosis. La “raza” nacional se encontraba en peligro por la tuberculosis: cada hombre con tisis era un soldado menos, y cada conscripto que tosía era un mal procreador. Veamos lo que nos refiere Paz Soldán al respecto en 1912:

[...] un *tuberculoso es un mal procreador*, la descendencia salida de un padre infectado por el terrible bacilo, *es una descendencia débil*, y como precisamente la edad del servicio militar es aquella en la que el individuo no ha engendrado aún hijos para la patria, lógicamente se comprende el *menoscabo que sufre la raza por cada soldado que sale licenciado por tuberculosis*. [...] ²¹¹ (cursivas nuestras)

²⁰⁸ Según Ccahuana, el proyecto civilista contemplaba la instrucción impartida por el Estado hacia los indígenas, aunque en una versión más “limitada”, dado que partía de la premisa de que el indígena tenía una reducida capacidad intelectual. Por este motivo, solo necesitaban desarrollar la lectoescritura y nociones rudimentarias de higiene, valores cívicos e historia (Ccahuana, J., 2019. *La Reforma Educativa de 1905...*, pp. 7-8.

²⁰⁹ Paz Soldán, C. (1910) *La medicina militar y los problemas nacionales...*, pp. 13-14.

²¹⁰ Stepan, N. (1996) *The hour of eugenics: race, gender, and nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press, p. 65.

²¹¹ Paz Soldán, C. (1912) *La tuberculosis en el ejército peruano: conferencia del curso anexo de sanidad leída en la Escuela Superior de Guerra*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1912, n° 12, p. 738.

Empero, no todo el panorama era sombrío. Esta "creación" del indígena en términos sanitarios también implicaba un proceso de reactivación de rasgos históricos latentes y la posibilidad de incorporar nuevas modificaciones. Por un lado, se sostenía que el indígena de entonces todavía conservaba ciertas cualidades bélicas del pasado, por lo que él "no discrepa con el soldado de sus antepasados"²¹². Por lo tanto, después de saneado el indígena por médicos militares, se procedería a incentivar esa supuesta marcialidad suya desactivada desde el Incario²¹³. Por otro lado, según Paz Soldán, una de las maneras de impulsar estos cambios era trasladarlo de su lugar de origen -entendido como la sierra- a la costa:

[...] El indio actual no progresa, porque se encuentra en un medio, que no posee, pero que tampoco le exige esfuerzo; su vida es el ejemplo perfecto de la adaptación. Es evidente que *su traslación a otro medio distinto forzosamente ha de imponerle cambios sustanciales, lo que provocará en él el despertar de sus muertas iniciativas*. Ahora bien, si el Estado, tomando en cuenta, con la militarización, esta labor; [...] logra canalizar [...] sus actos todos físicos, intelectuales y morales; [...] *es incontrovertible que, la redención del indio, étnicamente considerada, tendría que ser el inevitable resultado*.²¹⁴

Siguiendo el planteamiento autogénico primordial de Graña, la raza indígena podía mejorar, pero Paz Soldán agregaba que esta no lo haría por su propia cuenta, teniendo en consideración que para él los indígenas estaban sumidos en un medio que no les exigía "esfuerzo" alguno. Algún agente externo debía "despertarlos". En tal sentido, el Ejército con su servicio militar era idóneo para lidiar con esta problemática. Según este razonamiento, a diferencia del medio civil, al indígena se le debía llevar

²¹² Durante el siglo XIX y primeras décadas del siglo XX circulaban en la intelectualidad peruana las ideas de una supuesta idoneidad de los indígenas como soldados, debido a aparentes atributos que el escritor Luis Alayza Paz Soldán reconocía en ellos. Influído por el médico Luis Carranza, sostenía Alayza y Paz Soldán que "sus mismos defectos naturales [del indígena] pueden ser aprovechados ventajosamente por la disciplina, como esa pasividad de su carácter que siempre lo aleja de todo arrebató entusiasta y de toda acción espontánea en el combate, pero que tan apto lo hace para obrar en concierto como una máquina, obedeciendo ciegamente las órdenes de sus jefes". (Alayza y Paz Soldán, L. 1909. *El servicio militar como factor educativo en el Perú*, en Revista Universitaria, 1909, t. I, p. 303).

²¹³ Esta era una posición historicista, en cuanto el considerado "inferior" en términos raciales podía alcanzar el "progreso" gracias a ciertas cualidades desarrolladas en el pasado. En tal sentido, esto era diferente de otras posiciones sobre los "inferiores" donde se argumentaba que estos estaban irremediamente limitados por su propia "naturaleza" e imposibles de continuar en la senda del "progreso" (Goldberg, D. T., 2002, *The Racial State...*, p. 74).

²¹⁴ Paz Soldán, C. (1910) *La medicina militar y los problemas nacionales...*, p. 15.

“forzosamente” a un medio donde “despertara” de su letargo, un nuevo ambiente que lo presionase a seguir la instrucción esperada por las élites profesionales y políticas ganadas por el positivismo. Mientras que los proyectos civiles implicaban aspectos como la construcción de escuelas en la sierra, con consecuentes disputas con municipalidades y diócesis sobre quién tenía la prerrogativa de educar a los indígenas, la solución de ejército al "problema del indio" no lidiaba con problemas de este tipo²¹⁵. Esta aparente eficacia no soslaya una clara naturaleza autoritaria, siendo consciente Paz Soldán que muchas de las medidas a aplicar a los jóvenes indígenas resultaban "inaceptables" en el ámbito civil:

Todavía labor más fecunda han realizado los médicos militares: su privilegiada situación que les permite, *con la ayuda de la disciplina militar, la adopción de medidas inaceptables en las colectividades civiles* los hace jueces de las enseñanzas de la higiene. [...] ²¹⁶ (cursivas nuestras)

Por todo, vemos que se perfilaba a la sanidad militar como encargada con la importante labor de resolver los “problemas nacionales” -especialmente el "problema del indio" de una manera más expedita. Decía Paz Soldán a los lectores universitarios en 1912 lo siguiente: “Hablaros pues de la medicina militar y de su importancia nacional, creo que es labor útil, [...] por las luminosas proyecciones que envía sobre el porvenir del país”²¹⁷. A continuación, veremos cómo se veían los tesisistas y graduados de medicina dentro del servicio sanitario militar, que debían saber para ser médicos civiles para poder aspirar a ser galenos militares, así como las maneras en las que el rol del “médico militar” a inicios del siglo XX fomentaba una intervención más directa en la vida del conscripto que permitió formular propuestas como la autogenia.

²¹⁵ Tener en cuenta que desde las élites civiles limeñas también se cuestionaba el papel de las municipalidades locales en la educación nacional. El ministro de Justicia, Instrucción, Beneficencia y Culto Jorge Polar sostuvo en 1906 que “A una institución tan insegura, tan inestable, que tanto fluctúa —decía el ministro Polar refiriéndose a las municipalidades—, no es natural que siga vinculado el servicio más constante, más firme, más trascendente que posee una Nación [refiriéndose a la educación]”. Al respecto, revisar Contreras, C. Y Oliart, P. (2014) *Modernidad y educación...*, p. 26.

²¹⁶ Consultar Paz Soldán, C. (1912) *La medicina militar. Su importancia nacional*, en Revista Universitaria, año VII, vol. I, junio, p. 561.

²¹⁷ Paz Soldán, C. (1912) *La medicina militar. Su importancia nacional...*, p. 548.

II. 4. Saberes médico-militares durante las primeras décadas del siglo XX

En un creciente clima de especialización médica de finales del siglo XIX e inicios del XX en el Perú²¹⁸, aquellos interesados en la medicina militar buscaron diferenciar su campo de ejercicio de las otras ramas de la medicina entonces en boga. La medicina militar, en este sentido, no fue excepción. Como hemos visto en el capítulo anterior, la labor del cirujano militar durante gran parte del siglo XIX se entendió como circunscrita a la aplicación de la cirugía de guerra. Presente en los campos de batalla y los hospitales de sangre, era él el que atendía la gran cantidad de heridos que solicitaban auxilio, tal como vimos con la actuación de los galenos en la Guerra del Pacífico y en la revolución pierolista de 1895. Esta concepción de la medicina militar, cuestionada ya con anterioridad por su naturaleza reactiva, fue replanteada elocuentemente por Carlos Enrique Paz Soldán en 1912, quien presentó la separación entre la moderna medicina y la antigua cirugía militares en los siguientes términos: en el primer caso, el médico era higienista en tiempo de paz, mientras que el cirujano se abocaba a la atención exclusiva de los heridos de guerra que llegaban a los hospitales²¹⁹. La higiene hacía entonces su intervención especialmente con los médicos militares, de manera tal que esto era considerado el “triumfo más útil para un ejército, el que se obtiene por su personal sanitario sobre las enfermedades” en tiempo de paz²²⁰. En este sentido, la medicina militar se adecuó a los cambios en la situación política del país: las guerras fratricidas caudillistas e internacionales decimonónicas habían dejado paso a un periodo de estabilidad y consolidación económica y política en el siglo XX, por lo que centrarse en la tradicional cirugía bélica no solo era inviable, sino innecesario. También la propia reforma militar de finales del siglo XX requería cambiar el paradigma de la cirugía de guerra por la medicina militar:

²¹⁸ A partir de 1895 se creó un creciente número de cátedras en la Facultad de Medicina: pediatría (1896), oftalmología (1897), otorrinolaringología (1909), dermosifilografía (1911), vías urinarias (1909), psiquiatría (1916), y medicina tropical (1916). Asimismo, se expandió la capacidad y diversidad de laboratorios, contándose con los dedicados a bacteriología, química, toxicología, histología, anatomía patológica y parasitología. Ver Cueto, M. (1989) *Excelencia científica en la periferia...*, p. 69.

²¹⁹ Paz Soldán, C. (1912) *La medicina militar. Su importancia nacional...*, p. 559.

²²⁰ Paz Soldán, C. (1912) *La medicina militar. Su importancia nacional...*, p. 562.

el Servicio Militar Obligatorio requería de profesionales que evaluaran el estado de salud de miles de conscriptos, labor minuciosa que solo se podía llevar a cabo en tiempo de paz. Los improvisados hospitales de sangre fueron así reemplazados por los cuarteles, espacios donde se podía poner en marcha reformas de tipo preventivo a largo plazo. A juzgar por Paz Soldán en 1910, los médicos militares se encargaban de "evitar las enfermedades, más bien que de curarlas", teniendo como consecuencia que la etiqueta de "cirujano militar" sea "absolutamente impropia hoy"²²¹. Esta definición buscaba complementar, por ejemplo, la que compartió el primer jefe de la Sección Técnica de la Sanidad Militar y Naval un par de años atrás, el Dr. Evaristo M. Chávez, quien para 1905 no empleaba la figura de médico militar y se limitaba a usar el título de "cirujano", aunque teniendo presente la necesidad de adoptar un enfoque más preventivo de la enfermedad en el ámbito castrense:

De manera pues que, a este respecto, la *tarea del cirujano militar es aún más delicada que la del cirujano civil*; pues mientras *este es consultado solo cuando el paciente lo reclama*, el *primero tiene que vigilar constantemente al soldado*, siendo su tarea principal prever las causas del trastorno de la salud, las enfermedades llamadas evitables [...] y destruir por todos medios la tuberculosis, enemigo implacable de los ejércitos. [...]²²²

Este llamado de Chávez y Paz Soldán para contar con un enfoque preventivo en el que la higiene tuviera mayor protagonismo fue desarrollado con mayor profundidad a mediados de la década de 1910. Veamos, por ejemplo, lo señalado por el coronel Dr. Eduardo Vergne, quien presentaba a los médicos militares en 1914 como "especialistas en cuestiones de higiene militar", siendo "los únicos peritos competentes para poder emitir opiniones y hacer apreciaciones en armonía con la ciencia sanitaria"²²³. De esta manera, para Vergne, los médicos militares eran científicos "especializados", "peritos" frente a los oficiales de carrera. Esto no significaba que los galenos castrenses fueran ajenos a las dinámicas propias del ejército. Se buscó que la formación teórica de los médicos militares estuviera respaldada por la experiencia y las fatigas propias de la vida marcial. En tal sentido, se vio con especial interés la participación de médicos militares en los viajes de

²²¹ Paz Soldán, C. (1910). *La medicina militar y los problemas nacionales...*, pp. 25, 32.

²²² Chávez, E. (1905) *Higiene militar*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1905, n° 11, p. 1030.

²²³ Vergne, E. (1914) *Higiene militar*. En Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1914, n° 5, p. 105. Las cursivas son nuestras.

estudio del Estado Mayor General, pues le permitirían conocer in situ los rigores y condiciones que afectaban tanto a los llamados a ser conscriptos como a los oficiales en sus recorridos por el territorio nacional. Tal como lo presenta el “cirujano” que formó parte del viaje de estudios de 1916:

Este estudio es muy útil para el *médico militar*, así como para los oficiales del Ejército, importantes colaboradores del primero, pues *solo conociendo la patología de un lugar se puede tomar las medidas más indispensables para la conservación de la salud de las tropas.*²²⁴(cursivas nuestras)

¿Cuáles fueron los conocimientos especializados que debían saber estos médicos militares y con los cuales irían al campo y a los cuarteles para asegurar la "conservación de las tropas", tal como decía Vergne? Hemos mencionado que la higiene era considerada la principal herramienta que empleaban los médicos militares. Sin embargo, a inicios del siglo XX la higiene se concebía de manera amplia, abarcando tal como lo presentaba el Dr. Chávez en 1905 en una conferencia titulada “Higiene Militar”. En ella se abarcaron varios tópicos, tales como “el sujeto militar en cuanto al reclutamiento”, “habitaciones militares, vestido y equipo militar”, “baños y profilaxis”, “alimentación militar”, “bebidas, ejercicios y vida militar normal”, “vida militar en tiempo de guerra” y “desinfección, primeros socorros”²²⁵. Ante tal amplitud de temas, era necesario que el galeno militar adquiriera una variedad de disciplinas médicas, no solo restringida a la cirugía de guerra, tal como era en el siglo XIX. Esto se observaba en la propuesta de un plan de estudios para una futura Escuela de Aplicación de Medicina Militar que elaboró Carlos Enrique Paz Soldán años después, en 1912, donde estaban presentes las siguientes materias:

[...] se considera a un Médico Principal Director de la Escuela del Hospital [Militar] y a tres médicos mayores encargados de la enseñanza de los siguientes cursos indispensables para el médico militar: 1.- El servicio sanitario militar en tiempo de paz y de guerra, 2.- Cirugía de guerra, 3.- Medicina legal militar, 4.- Higiene militar y bromatología. Además, el médico del laboratorio químico y bacteriológico del servicio,

²²⁴ *Informe del Cirujano de la Comisión*, en Memoria del viaje de estudios de la academia de Estado Mayor (1916), Lima: Imprenta, litografía y librería del Estado Mayor General del Ejército, p. 73. Nótese que en esta memoria el acápite se titula “Informe del Cirujano de la Comisión”, no obstante, el propio autor de esta pieza se identifica a sí mismo como “médico militar”. Cabe la pregunta entonces si el título del acápite fue impuesto por el editor de la memoria, por un militar de carrera o si el propio médico militar tituló a su informe de tal manera.

²²⁵ Chávez, E. (1905) *Higiene militar...*, p. 1031.

que funciona en el hospital militar, daría un curso teórico-práctico, sobre microbiología y epidemiología militares.²²⁶

Como vimos líneas arriba con lo señalado por el Dr. Chávez para 1905, la primacía del conocimiento médico la tenía la higiene militar. No obstante, estamos viendo para 1912 que las materias tratadas por los médicos militares se iban ampliando. Más allá de la cirugía de guerra y la separación entre medicina en tiempo de paz y en pie de guerra, se hizo necesario saber sobre medicina legal militar para certificar el fallecimiento de los efectivos, la alimentación castrense a través de la nutrición, así como formación en química y bacteriología militares. Estos requerimientos se topaban con dificultades. La “experiencia prolongada por el contacto incesante del Ejército” en la mente del médico militar -tal como lo presentaba el Dr. Melot- llevaba a enfrentar la realidad más allá de los proyectos: por más áreas que los médicos quisieran cubrir, las circunstancias dificultaban los deseos de emprender reformas²²⁷. En este sentido, si muchas veces era difícil combatir el flagelo de la tuberculosis en el ejército, el Dr. Paz Soldán priorizaba formas más factibles de enfrentarse al bacilo de Koch a través de un control del tipo y la calidad de los alimentos gracias a la bromatología²²⁸. Al respecto, este era el veredicto del jefe del Servicio de Sanidad en 1916, el teniente coronel Gerardo Alarco en comunicación con el jefe del Estado Mayor General del Ejército:

Si, por cuanto hoy la misión del médico militar, *en razón del reducido personal* es la de curar enfermos, o la importante de vigilar diariamente la alimentación, abrigo, etc., del soldado, en una palabra, desempeñar las funciones del consejero técnico del comando, para evitar las enfermedades del soldado.²²⁹ (cursivas nuestras)

²²⁶ Paz Soldán, C. (1912) *El Cuerpo de los Médicos Militares en el Perú (Estudio de organización sanitaria militar)*. Lima: Empresa Tipográfica La Unión, p. 47. Debe notarse que ya en el siglo XIX Rudolf Virchow -uno de los fundadores de la medicina social- propuso que la bacteriología no agotaba la discusión para resolver los problemas de los obreros, sino que el control de variables sociales era lo determinante en la lucha contra las enfermedades. Sobre Virchow, consultar Rosen, G. (2005) *De la policía médica a la medicina social...*, p. 87.

²²⁷ Melot, A. (1912) *El Servicio de Sanidad en Campaña, su objeto, su composición*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1912, n° 10, p. 610.

²²⁸ Paz Soldán, C. (1912) *El Cuerpo de los Médicos Militares en el Perú...*, p. 47.

²²⁹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1915, caja 3, *Informe del teniente coronel Dr. Gerardo Alarco al jefe del Estado Mayor General*, 12 de setiembre de 1916.

En este caso, era el “reducido personal” lo que forzaba a los médicos militares a reevaluar sus objetivos. En vez de la permanente vigilia higiénica que demandaba un número sustancial de personal médico militar distribuido a lo largo de las regiones militares, el personal sanitario se concentraba para 1915 en tratar de "curar enfermos" en casos puntuales, así como actividades más factibles tales como vigilar la alimentación diaria del personal militar. Ante la necesidad de contar con apoyo, los galenos miembros de la Sección de Sanidad Militar reexaminaron las relaciones que habían establecido con los oficiales del Ejército y los médicos civiles titulares en la búsqueda de posibles aliados para cumplir con los objetivos de la reforma militar, no sin ciertas disyuntivas de por medio, como veremos en el siguiente capítulo.

Capítulo III

Los otros profesionales del ejército: los médicos militares, el Servicio de Sanidad Militar y la “cultura sanitaria” castrense de 1904 a 1920

III. 1. Aspectos organizacionales del Servicio de Sanidad Militar (1904)

Tras la debacle de la Guerra del Pacífico y el gobierno de los militares caceristas que le siguió, las élites civiles vieron en la reforma del ejército una forma de alcanzar dos resultados considerados como imprescindibles para su proyecto de país: someter el poder militar a la voluntad civil y concentrar los medios coercitivos en el Estado para pacificar el territorio nacional²³⁰. Agréguese a este sentimiento de urgencia de mediados de la década de 1890 la sensación de indefensión de las fronteras nacionales y la posibilidad de otra guerra internacional que tome al país desprevenido por segunda vez²³¹. Por estos motivos el gobierno de Nicolás de Piérola contrató en 1896 los servicios de la primera misión militar francesa, con la promesa de modernizar al ejército y profesionalizar a sus integrantes -especialmente a la oficialidad de ascendencia criolla- con la renovación de la Escuela Militar²³². El grueso del ejército sería seleccionado a través de la instauración del servicio militar obligatorio (SMO), especialmente entre los jóvenes indígenas de origen campesino en las serranías del país, para quienes el paso por esta institución significaba el acceso a la lectoescritura en español y la puerta de entrada a la ciudadanía²³³. Un proyecto como el SMO de este tipo necesitaba contar con el apoyo de instituciones complementarias, debido a la tamaña labor que implicaba movilizar a miles de jóvenes, concentrarlos en cuarteles

²³⁰ Velásquez, D. (2013) *La Reforma Militar y el gobierno de Nicolás de Piérola...* pp. 10-11.

²³¹ Ibidem, pp. 156-157.

²³² Toche, E. (2008) *Guerra y democracia...*, p. 27. Sobre la diferencia entre la oficialidad de la Marina y el Ejército en clave étnica desde una mirada histórica, revisar Hurtado, L. (2006) *Ejército cholificado: reflexiones sobre la apertura del ejército peruano hacia los sectores populares*. En *Íconos*, 2006, n°26, pp. 60-61.

²³³ Méndez, C. (2006) *Las paradojas del autoritarismo: ejército, campesinado y etnicidad en el Perú, siglos XIX al XX*. En *Íconos*, n°26, p.28.

y -sobre todo-, mantenerlos en buen estado de salud. Así y después de varios antecedentes, llegamos a la fundación del Servicio de Sanidad Militar y Naval.

El Servicio de Sanidad Militar y Naval fue establecido por decreto supremo el 06 de abril de 1904. La fundación de una institución de esta naturaleza había sido solicitada por los galenos que se dedicaron a la cirugía y medicina militares desde los reglamentos propuestos por Cayetano Heredia en la década de 1850. En esa misma dirección, también jugó un importante papel la muy abnegada pero improvisada organización y desempeño que tuvo la Cruz Roja peruana durante la guerra de 1879. Fruto de esto, durante el referido conflicto se aprobó un reglamento sanitario enfocado en la salud de campaña con la esperanza de sentar las bases para una posterior reforma que permita responder a cualquier futuro enfrentamiento bélico. Posteriormente, la necesidad de hacer frente a las heridas de bala se puso de manifiesto en la batalla por Lima entre las fuerzas pierolistas y caceristas en 1895²³⁴. Era cada vez más evidente que se necesitaba establecer una institución donde finalmente los entonces cirujanos militares pudieran ser parte funcional y permanente del ejército, dirigiendo ellos todo lo referido a la sanidad castrense. Pero había más. Tal como mencionamos en líneas anteriores, se concebía a la sanidad militar como funcional para alcanzar ciertas ambiciones que trascendían la mera conscripción o el tratamiento por armas de fuego: había una proyección hacia el futuro de la nación peruana. Intereses de los galenos por la población, por los cuarteles, la alimentación, la vacunación y la inculcación de hábitos de higiene de los soldados requerían así de una oficina con presupuesto asignado y estructura propia que permitiera centralizar y organizar todo esto. Los inicios del naciente Servicio de Sanidad Militar y Naval -con todo- no estuvieron exentos de dificultades, como reconoció el Ministerio de Guerra:

[...] Organizada en el Estado Mayor General una sección de Sanidad, *deficiente en el personal por el número y por el material*, por la casi absoluta escasez de elementos comenzó, sin embargo, a sentirse en la vida del cuartel, cuánto importaba a la salud de las tropas el cuidado profesional.

²³⁴ Según Basadre, 48 horas de combates iniciadas el 16 de marzo de 1895 entre las fuerzas caceristas y pierolistas dieron como saldo más de mil cadáveres regados por las calles, así como más de dos mil heridos en los hospitales de Lima (Basadre, Jorge, 2014, *Historia de la República...*, t. 11, p. 24).

Pero con personal reducido, y sin los medios necesarios, la *imperfección del servicio reclamaba la adopción de otras medidas, y atención más seria por parte del Gobierno, [...]*.²³⁵ (Cursivas nuestras)

Al nuevo servicio de sanidad militar y naval le fueron conferidas responsabilidades y competencias sobre un amplio campo que incluía hospitales, enfermerías regimentarias y campamentos²³⁶. Su estructura fue diseñada para resolver la crónica “escasez de elementos” y consolidar la organización y líneas de mando. Para su dirección se creó una Junta Superior de Sanidad Militar, conformada por el ministro de Guerra y Marina, el jefe del Estado Mayor, el Intendente General de Guerra, el director de Marina y dos cirujanos mayores. Esta junta poseía capacidad de decisión sobre todos los asuntos referidos a la sanidad militar, especialmente sobre el nombramiento del personal y la solicitud de material sanitario²³⁷. Debajo de ella se encontraba la rama del servicio dedicada a la supervisión del buen desempeño médico y la ejecución de los acuerdos aprobados por la referida junta: la Sección Técnica. Esta estaba integrada exclusivamente por personal sanitario, compuesta por dos cirujanos mayores, cuatro practicantes, un jefe de laboratorio y un ayudante. Se la consideraba el “eje principal del Cuerpo Sanitario”, correspondiéndole la certificación técnica de las solicitudes de invalidez, de indefinición, de retiro, la revisión de conscriptos, así como velar por el cumplimiento de la asistencia médica militar en caso de enfermedad²³⁸. Para llevar a cabo todas estas tareas tenía a su cargo a cirujanos activos y en reserva, practicantes, farmacéuticos, enfermeros, sargentos, cabos y soldados sanitarios, hermanas de caridad y capellanes militares²³⁹.

²³⁵ *Sanidad Militar*, en Memoria del Ministerio de Guerra y Marina (1904), Lima: Imprenta del Estado, pp. V-VI.

²³⁶ En este sentido, no habría mucha diferencia con el reglamento de sanidad militar planteado en 1888. En este documento, presentado por la entonces naciente Academia Libre de Medicina, se abarcaba las “secciones de enfermerías militares”, “hospitales militares” y los propios regimientos. Al respecto, ver Paz Soldán, C. (1910) *La medicina militar y los problemas nacionales...*, pp. 31-32.

²³⁷ *Sanidad Militar*, en Memoria del Ministerio de Guerra y Marina (1904), ... p. VI

²³⁸ *Sanidad Militar*, en Memoria del Ministerio de Guerra y Marina (1904), ... p. VII

²³⁹ Eléspuru, J. (1904), *Organización militar*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1904, n° 8, p. 922. En Uruguay y otros países latinoamericanos se tuvo una sección extra, la denominada Sección Administrativa, encargada de ver los pagos a los miembros de la sanidad militar, el aprovisionamiento de materiales y medicinas, y la administración de hospitales centrales y regionales. Esto último planteó muchas dificultades en el caso peruano, dada la injerencia que tradicionalmente tenía la Beneficencia Pública como entidad externa administradora del hospital militar. Para más información, consultar Capetti, P. (1907), *Administración militar*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1907, n° 10.

En cuanto a los rangos y equivalencias militares, para 1904 la Sección Técnica contaba con una jerarquía particular. Se tenía la figura del primer cirujano, aquel encargado de velar por el servicio sanitario militar fuera de Lima, tanto de hombres como de materiales. Por su parte, el segundo cirujano tenía a su cargo la salud de los cuerpos acantonados en la capital. Ambos tenían alto rango militar en el escalafón en calidad de asimilados, tales como el grado de mayor, estos solo por debajo del primer jefe del servicio - el teniente coronel Dr. Evaristo M. Chávez²⁴⁰. Por su parte, a los médicos militares siguientes en la jerarquía -los “oficiales sanitarios”- se les reservaba el grado de capitán. No podemos olvidar a los practicantes, estudiantes de San Fernando que laboraban en la sanidad militar, asignándoseles los grados de tenientes o subtenientes en el escalafón militar²⁴¹.

Dentro de los enfermeros militares figuraban los mencionados sargentos, cabos y soldados sanitarios. Todos ellos eran militares subalternos, es decir, no formaban parte del personal médico asimilado, sino eran soldados per se. Correspondió a los médicos militares entrenarlos en el hospital militar de San Bartolomé, donde aprendieron a preparar medicamentos, mantener el orden dentro del nosocomio, asistir al médico principal y controlar el recetario y la historia individual de cada individuo ingresado²⁴². Como requisitos para estos cargos se consideraban la lectoescritura y la buena conducta, mas no conocimientos médicos previos²⁴³. Por último, se tuvo al soldado sanitario, conscripto que participaba en ejercicios militares, cumpliendo el rol de camillero²⁴⁴.

Así, una nueva estructura sanitaria se estableció con la fundación del Servicio de Sanidad Militar. De acuerdo con esta, el Ejército contaba con galenos militares en destacamento (es decir, 4 practicantes externos acantonados fuera de Lima), estando al mando el Dr. Manuel Zavala y Zavala en esta etapa fundacional del instituto. De similar manera, se tenía al personal sanitario de guarnición (asentado en los cuarteles de Lima), conformándolo cuatro galenos con el Dr. Leonidas Avendaño a cargo de ellos. Según una relación de personal médico de 1905 que contiene las referidas

²⁴⁰ Muñiz, M. (1905) *Reglamento de Sanidad Militar*, en La Crónica Médica, 1905, n° 391, pp. 99-100

²⁴¹ *Sanidad Militar*, en Memoria del Ministerio de Guerra y Marina (1904), ... p. VIII.

²⁴² Muñiz, M. (1905) *Reglamento de Sanidad Militar*, en La Crónica Médica, ... p. 101

²⁴³ Muñiz, M. (1908) *Enfermeros militares*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, n° 3, p. 267.

²⁴⁴ Muñiz, M. (1905) *Reglamento de Sanidad Militar*, en La Crónica Médica, ... p. 101

cifras, se contaba en total con 19 miembros repartidos a lo largo del país y en los buques de la Marina. Por su parte, una de las características que destacaba a simple vista era la presencia de practicantes en los cuarteles de Lima, tales como el de Artillería, Guadalupe, San Lázaro, del Arsenal y el campamento “El Cascajal”, importantes espacios adonde iban a parar los conscriptos provenientes del interior del país²⁴⁵.

Siguiendo en el tiempo, cuando el Dr. Evaristo M. Chávez cesó de sus funciones y el médico francés Alberto Melot asumió la dirección del servicio de sanidad militar en enero de 1911, se planteó una seria reforma en esta institución. Para empezar, a los dos meses fue desactivada la Sección Técnica, el órgano central del cual dependía cualquier proceso sanitario para su cumplimiento. Se consolidaba en su lugar la figura del “director”, siendo a la vez el galeno militar de más alto rango, así como la máxima instancia del servicio de sanidad. Adecuándose a la estructura regional del ejército, se tuvo un médico “jefe divisionario” por cada una de las cinco regiones militares en las que se dividía el país, quedando suprimida la fórmula de galenos en destacamento y en guarnición y adquiriendo la sanidad militar presencia permanente en todas las regiones del país²⁴⁶. La autoridad máxima de esta nueva estructura recayó en la figura de un Inspector de Sanidad Militar, que para 1914 fue el Dr. Eduardo Vergne. A pesar de estos cambios se mantuvieron algunas de las propuestas de Chávez como, por ejemplo, la presencia de un médico por cada cuerpo militar. Tal medida fue continuada por el sucesor de Melot, el teniente coronel Dr. Gerardo Alarco en 1913, con quien el Servicio se dividió en una institución sanitaria dedicada al ejército, y otra que circunscribiría su accionar a la marina dos años más tarde²⁴⁷. Por otra parte, Alarco buscaba fortalecer la enseñanza sanitaria militar con el establecimiento de una escuela central de enfermeros en el hospital de San Bartolomé (1913), e iniciar un

²⁴⁵ Archivo Histórico Militar del Perú, 1905, caja n° 3, *Sanidad Militar y Naval*, 01 de enero de 1905.

²⁴⁶ Sobre los Estados Mayores Regionales, revisar Velásquez, D. (2013) *La reforma militar...*, p. 385. Por otro lado, la preocupación de la Sanidad Militar para asegurar la presencia de galenos en las diversas dependencias militares a lo largo del país se mantuvo hasta la siguiente década. En 1919 el Dr. Alarco enfatizó en su escrito al ministro de Guerra que era necesario “distribuir proporcionalmente el personal de médicos militares en conformidad con las verdaderas necesidades del servicio”, con lo que se estaría “evitando que la congestión de ellos en la capital traiga como consecuencia su falta en las guarniciones más alejadas”. (Archivo Histórico Militar del Perú, 1919, caja n° 11, Gerardo Alarco al General ministro de la Guerra, 25 de marzo de 1919)

²⁴⁷ Lastres, J. (1954) *La Sanidad Militar en el Perú: discurso de orden leído el 30 de marzo de 1954 celebrando el 50 aniversario de la institución*. Lima, p. 10.

proceso de descentralización de la enseñanza sanitaria militar con la fundación de escuelas regionales para enfermeros y camilleros (1914). Su mayor ambición fue la fundación de la Academia de Médicos Militares, proyecto planteado en 1916 pero que obedecía a una antigua demanda de los galenos que trabajaban en el ejército²⁴⁸. Lamentablemente, por dificultades presupuestales esta no se pudo concretar para el final de la década²⁴⁹. Con todo, todos estos cambios ocurridos en la Sanidad Militar no solo afectaron a los mencionados galenos castrenses, también involucraron a oficiales de carrera y a personal médico civil ubicado en regiones clave para la correcta aplicación del Servicio Militar Obligatorio (SMO), como veremos a continuación.

III. 1. 1. Relaciones entre los oficiales y los médicos militares en el Servicio de Sanidad Militar: perspectiva de los galenos del ejército

Con la fundación del Servicio de Sanidad Militar y Naval en 1904, se cumplió un largo anhelo de los interesados en la medicina militar²⁵⁰. Tras décadas en las que el Ejército peruano no contó con una institución encargada de la salud de las tropas en medio de guerras civiles y contra países vecinos, se hizo más urgente contar con una institución que cuide del soldado ante una futura guerra internacional y le brinde atención médica y científica en tiempo de paz²⁵¹. No obstante, la falta de personal médico fue un serio problema. Para suplir la falta de galenos militares, Carlos Enrique Paz Soldán sugirió en 1910 que era “menester atender de modo preferente a la más sólida cultura y educación de los oficiales” para obtener su concurso en áreas

²⁴⁸ Las demandas por profesionalizar la sanidad militar con materias consideradas acordes a los requerimientos académicos del cirujano/médico militar datan del interés de Casimiro Ulloa en aplicar lo visto por él en Francia en la década de 1850. El referente médico era el hospital militar y academia de médicos militares de Val-de-Grâce, en París. Con el cambio de siglo, el Servicio de Sanidad Militar no fue solamente visto como un aparato sanitario, sino también como un centro de investigación y formación, siendo llamado “Instituto de Sanidad Militar y Naval” por Carlos Enrique Paz Soldán en 1910 (Paz Soldán, C., 1910. *La medicina militar y los problemas nacionales...*, p. 31).

²⁴⁹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1918, caja n° 8, Alarco, G. (1918) *Memoria presentada por el director de la Sanidad Militar correspondiente al año 1917-1917*, p. 5.

²⁵⁰ Bustíos Romani, C. (2004) *Cuatrocientos Años...*, p. 245. Para 1915, se dividió el Servicio en una rama dedicada a la sanidad naval, y otra a la militar/ejército.

²⁵¹ Chávez, E. (1907) *Memoria del Jefe de la Sanidad Militar y Naval*, en Memoria del Ministerio de Guerra (1907), Lima: Imprenta del Estado, p. 41. Chávez afirma que en 1906 -a dos años de la fundación del Servicio de Sanidad Militar se contaba con un laboratorio bacteriológico y uno químico disponible para los investigadores, especialmente aquellos dedicados al estudio de la tuberculosis.

sanitarias específicas como la higiene: solo así se lograría este “hermoso sueño” [la “militarización”]²⁵². La necesidad de apoyo en esta “militarización” del país dejaba pendiente la interrogante de si la competencia médica de los galenos militares iba a ser reconocida por el cuerpo de oficiales o si irremediablemente ellos estaban subordinados en materias sanitarias a la jerarquía del comando tras asimilarse al Ejército. Los deseos del personal sanitario no fueron correspondidos con el parecer de tales oficiales, quienes desde el año fundacional de la Sanidad Militar -1904- dejaron de lado cualquier forma de intromisión a su autoridad. Paz Soldán lamentaba que, según el decreto orgánico de sanidad militar y naval de 1904, los médicos militares no podían intervenir en el cuartel de manera directa salvo como “educadores del soldado en el terreno higiénico, como consejeros de los jefes”²⁵³. Por esta normativa, alejados estaban los médicos de la toma de decisiones sobre materia sanitaria de manera directa al ser solo “consejeros” de los oficiales. Esta sensación de marginalidad se veía agravada siete años más tarde, en 1911, dado que, según el jefe del servicio de sanidad militar de entonces, Dr. Gerardo Alarco, prácticamente se tornó imposible que tales médicos pudieran ascender a rangos de altos oficiales en el escalafón militar que les permitirían tomar decisiones sobre la sanidad castrense con mayor autonomía:

Según el decreto [de marzo de 1911, sobre la reforma de la sanidad militar] solo se podrá llegar a la clase de capitán de sanidad pasando por las clases intermedias inferiores; pero *como no se creó puesto alguno para subtenientes o tenientes, resulta que en la actualidad no hay oficiales de sanidad con dichas clases, ni tampoco capitanes*; pues solo existen los asimilados a capitán de sanidad de reserva. [...] me veo interesado en obtener la derogatoria de ese Decreto Supremo, pues *solo así obteniendo igualdad para todos* [tanto oficiales como médicos], *será posible conseguir el ingreso de personal competente* [...] ²⁵⁴ (cursivas nuestras)

Otro director de sanidad militar, el coronel Dr. Alberto Melot había presentado esta situación de manera más elocuente. Decía este miembro de la misión militar francesa en 1912 que por largo tiempo su profesión fue “juzgada secundaria, subalterna” por “ciertos oficiales”, quienes se sentían “celosos de no sé qué privilegios, con esa

²⁵² Paz Soldán, C. (1910) *La medicina militar y los problemas nacionales...*, p. 20.

²⁵³ Paz Soldán, C. (1910) *La medicina militar y los problemas nacionales...*, p. 33.

²⁵⁴ Alarco, G. (1913) *Memoria presentada por el Director de la Sanidad Militar correspondiente al año 1912 a 1913*, en Memoria que el Ministro de Guerra y Marina General Enrique Valera presenta al Congreso Ordinario de 1913. Lima: Imprenta Americana, p. 49.

presunción que da la ignorancia”²⁵⁵. Fue más allá Melot, al criticar las opiniones de los oficiales militares de acuerdo con las cuales los galenos no eran considerados militares propiamente dichos, comprometidos una la causa nacional: “¿Cómo -decían algunos oficiales- pueden asimilarse a nosotros [oficiales del Ejército], combatientes, estos funcionarios [médicos] ‘neutralizados’ por la Cruz de Ginebra?”. A juzgar por Melot, la sola voz del médico militar generaba tirria a oficiales de carrera, esperando que sus comentarios no tengan resultados en la vida marcial por ser aquel considerado un “profeta de la desgracia” al adelantarse a posibles epidemias en el medio militar, e “ignorante” de los conocimientos estrictamente militares al no ser un “combatiente”, sino un “funcionario” más²⁵⁶. Fue Melot quien resolvió esta polémica a favor de los médicos militares brindando una conferencia en la Escuela Superior de Guerra frente a altos oficiales en 1912. Él propuso la figura de la “subordinación técnica”, también entendida como “subordinación profesional, médica” en contraposición a la “subordinación directa” que otorgaba el rango²⁵⁷. Los galenos así tendrían autoridad derivada de su conocimiento médico sobre las materias que le competen, la cual debía ser ejercida sobre el propio personal sanitario. Según esta propuesta de 1912, los oficiales, al carecer de la formación científica de los galenos castrenses, debían abstenerse de dar órdenes que trataran sobre medicina militar al personal sanitario:

Por ejemplo, el *médico divisionario* está bajo las órdenes directas del jefe de la división y también bajo las órdenes técnicas del médico del ejército. Dispone a su antojo de las formaciones sanitarias de la división, por consiguiente, ejerce a la vez una autoridad directa y técnica sobre las ambulancias, secciones de hospitalización y el grupo de camilleros. Pero no puede tener sino una *autoridad técnica sobre los médicos*

²⁵⁵ Melot, A. (1911) *Necesidad y papel del médico militar*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 31 de agosto de 1911, n° 16, p. 1012. En el mismo boletín los médicos militares pudieron leer artículos donde podían constatar la mayor importancia y autonomía que ejércitos extranjeros otorgaban a sus cirujanos militares. En 1913 se publicó “Importancia del Servicio Sanitario del Ejército”, texto originalmente publicado en el Memorial del Ejército de El Salvador, donde se señala a propósito de la sanidad militar japonesa que “es de destacar el acatamiento de la superioridad a todas las disposiciones de los médicos, si estas no dificultaban las operaciones del ejército, pues de haber sucedido así el personal médico hubiera hecho recaer toda su responsabilidad sobre ellos”. (*Importancia del servicio sanitario del ejército*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1913, n° 10, p. 667)

²⁵⁶ Melot, A. (1912) *El servicio de sanidad después del combate*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 31 de octubre de 1911, n° 20, p. 1253.

²⁵⁷ Melot, A. (1912) *El servicio de sanidad en campaña – Su funcionamiento*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1912, n° 20, p. 1024.

*de los cuerpos de tropa, quienes por otra parte son subordinados directos de los jefes de cuerpo. [...]*²⁵⁸ (cursivas nuestras)

Se identifica en estas palabras del médico galo Melot una suerte de esfera *técnica* propia de la medicina militar. Solo la experiencia positiva de la aplicación de esta diferenciación funcional en Francia dotaba de legitimidad a sus nociones de subordinación, complementariedad y separación. Precisamente sobre esto último, Melot planteaba que tal esfera *técnica* fuera en lo posible autónoma de la intervención de los oficiales, siendo concebida -según este cirujano militar- tras "largos años de lucha por parte del personal médico [francés]" como se señala en el mismo artículo escrito por Melot en 1912:

Esta concepción [de la subordinación directa y técnica] tan simple y lógica de la cohesión jerárquica y autónoma del *cuerpo médico militar, colaborador subordinado del comando, pero teniendo a sus órdenes todo el personal de cooperación del servicio de sanidad*, no ha recibido sin embargo su consagración sino después de largos años de lucha por parte del personal médico [...]

²⁵⁹ (cursivas nuestras)

No tardaría mucho en darse cuenta el propio Melot que la condición básica para cualquier propuesta sobre el aparato sanitario del Ejército era la mera existencia de un "servicio de sanidad" competente y estable. Entre 1911 y 1913 este médico francés fue director de la sanidad militar, por lo que estando en el cargo trajo una perspectiva diferente a la de otros directores, centrándose en la experiencia de diversos servicios de sanidad militar europeos y sus posibles aplicaciones al escenario peruano²⁶⁰. No obstante, tras asumir el cargo Melot se topó con un servicio sanitario con serias limitaciones, como por ejemplo la falta de personal médico asimilado al servicio

²⁵⁸ Ibidem

²⁵⁹ Ibidem, p. 1225.

²⁶⁰ No debe, sin embargo, extrañar que un médico militar francés haya ocupado este cargo. Se tenía una afinidad del ejército peruano a Francia por razones históricas y circunstanciales (Velásquez, D., 2013, *La reforma militar...*, p. 159). Podemos añadir el ávido consumo de artículos y material bibliográfico en lengua francesa por los médicos peruanos, a tal punto que David Matto, el primer catedrático de bacteriología en la década de 1890 afirmó para 1908 que "los textos franceses son prácticamente los únicos que los estudiantes de medicina consultan" (Stepan, N., 1996, *The hour of eugenics...*, p. 74). Sobre los ejemplos brindados por Melot sobre la sanidad española, francesa, alemana, turca, rusa, entre otras, véase Melot, A. (1911) *Necesidad y papel del médico militar*, pp. 1004-1016.

sanitario en ámbitos cruciales como el hospital militar de San Bartolomé²⁶¹. Otro problema que le reveló la crítica situación de los galenos del ejército fue la falta de algo tan básico como la asignación de caballos para que los galenos se desplazaran junto con las tropas, las observara o atendiera, dado que el oficial sanitario no era “plaza montada”²⁶². Por si fuera poco, se adeudaba el salario al escaso personal adscrito, lo que mantenía a la espera a los médicos militares que en vez de reformas se concentraban más en cobrar sus sueldos²⁶³. Así, fueron las circunstancias concretas, más que la *expertise* técnica o las experiencias extranjeras, las que nos permiten entender la apelación de los médicos militares a los oficiales para aplicar las medidas sanitarias en las tropas y espacios castrenses. El servicio sanitario militar se hallaba en tales críticas condiciones que no hubiera podido vigilar sanitariamente a un ejército de 4000 plazas repartido por todo el territorio nacional.

Ante la necesidad de contar con el concurso de los oficiales para proporcionarles caballos, salario y ayuda en los cuarteles de las ciudades y en los distantes acantonamientos, creemos que los médicos militares aceptaron su virtual dependencia pese a voces más autonomistas como las de Melot. El galeno que lo sucedió en la dirección de la Sanidad Militar, el Dr. Gerardo Alarco propuso en 1915 una suerte de división del trabajo entre el médico militar y el oficial, en cuanto el primero se desempeñaría como “consejero técnico del comando”, mientras el segundo se encargaría de la “aplicación” de las medidas sugeridas²⁶⁴. La aclaración no es gratuita, ya que un año antes en el mismo boletín el coronel Samuel Bourguet publicó un artículo donde se le reconocía al sanitario del ejército como “consejero técnico” -en consonancia con Paz Soldán y Alarco-, aunque luego reafirmó que el general a cargo se erigiría como autoridad “sobre todos los órganos”, incluyendo a la

²⁶¹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1912, caja 2, *Correspondencia entre el director del Servicio de Sanidad Militar y Naval Coronel Alberto Melot al General Jefe del Estado Mayor del Ejército*, 6 de marzo de 1912.

²⁶² Archivo Histórico Militar del Perú, 1912, caja 1, *Correspondencia entre el director del Servicio de Sanidad Militar y Naval Coronel Alberto Melot al Coronel Intendente de Guerra*, 13 de marzo de 1912.

²⁶³ Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, *Correspondencia entre el director del Servicio de Sanidad Militar y Naval Coronel Alberto Melot al Ministro de Estado en el Despacho de Guerra y Marina*, 21 de setiembre de 1911.

²⁶⁴ Alarco, G. (1915) *Sanidad Militar*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1915, n° 9-10, p. 719.

organización sanitaria²⁶⁵. Esta dependencia de la Sanidad Militar ante los oficiales finalmente expuso al frágil aparato sanitario del ejército a un problema: ¿y qué pasaría si los oficiales no querían apoyarlos en la "aplicación de las medidas [sanitarias] sugeridas", como señalaba Alarco en 1915? Del aliento del entonces jefe de sanidad Melot en 1912 pasamos así a las resignadas palabras del mencionado jefe del servicio Alarco en 1916, quien se lamentaba a propósito de los oficiales:

Desgraciadamente, es muy frecuente entre nosotros comprobar la *indiferencia que manifiestan los señores oficiales, por todo lo relacionado con la higiene, creyéndola 'asunto del médico'*; no señores, no corresponde solamente al médico, este aconseja y pide, eso no basta, deberá además escuchársele siempre.²⁶⁶ (cursivas nuestras)

Aquellos llamados a aplicar la higiene a los soldados a doce años de la fundación de la sanidad militar (1904) no estaban interesados en velar por ella, ni siquiera en escuchar el consejo técnico y profesional del médico. El Servicio de Sanidad Militar se hallaba marginado tanto en los estatutos como en la realidad, pese a las voces reformistas de ciertos médicos militares. Es más, aquello considerado "asunto del médico" por los oficiales -tal como dice Alarco en el caso de la higiene- no era considerado prioritario, digno de ser escuchado. Estas eran las condiciones en las que se montó la reforma sanitaria del ejército, pero es necesario incluir en él a otro sector de profesionales de la salud que intervinieron en la evaluación de los conscriptos: los médicos titulares.

III. 1. 2. Los médicos militares y el gremio médico civil: entre la crítica y la necesidad

En vista de la labor sin precedentes que significaba poner en marcha el Servicio Militar Obligatorio para el ejército peruano decimonónico, se requirió del apoyo de personal médico civil y militar para montar una estructura sanitaria castrense que pudiera darse abasto debido a la gran cantidad de jóvenes que debían transitar por los cuarteles. Dicha organización tuvo que considerar diversos elementos que hacían *sui generis* al estado del ejército peruano. Teniendo en cuenta que el grueso de estos conscriptos era conformado por indígenas venidos de las provincias, se requería contar con presencia médica en tales lugares, para así lograr el reconocimiento *in situ* de los

²⁶⁵ Bourguet, S. (1914) *Servicio de Sanidad en Campaña*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1914, n° 5, p. 124.

²⁶⁶ Alarco, G. (1916) *Sanidad militar*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, n° 5, p. 720.

futuros conscriptos en cuanto a su salud y evaluar su idoneidad para ingresar a las filas. Esto fue reconocido incluso a fines del siglo XIX en el reglamento del servicio militar de 1898, el cual sancionaba que:

En cada capital de provincia habrá una Junta Conscriptora, compuesta del Subprefecto que la presidiría, del Juez de Paz de 1. ° Nominación, de uno de los síndicos municipales, de un militar designado por el jefe de la Zona, y *de un médico o empírico en su defecto.*²⁶⁷ (Cursivas nuestras)

Destaca en este reglamento que el “médico” mencionado como integrante de esta “Junta Conscriptora” no es concebido explícitamente como un galeno militar. La presencia médica en provincias estaba encarnada en la figura del médico titular, galeno del ámbito civil rentado por el Estado cuya figura databa del siglo XIX y que fue integrada a la Dirección de Salubridad Pública para 1903. Se buscó así aprovechar una estructura sanitaria preexistente y ya asentada para lograr el alcance nacional que el ejército necesitaba. La crucial tarea de la revisión médica de los conscriptos llamados al servicio debía ser llevada a cabo por un médico civil, quien alternaría esta tarea con las múltiples funciones civiles que debía cumplir. Ciertamente, estas no eran pocas, pues este atendía en los hospitales locales, auxiliaba a los pobres e indigentes gratuitamente, era el veedor del proceso de vacunación contra la viruela en las alejadas localidades provincianas, se encargaba de redactar los certificados de defunción y necropsias, entre otras labores²⁶⁸. Teóricamente, el contacto cercano con las poblaciones que atendía debía facilitar la importante labor de recabar información de interés militar y rectificar los procedimientos médicos del proceso de conscripción²⁶⁹. Sin embargo, a pesar de esta previsión, no eran poco comunes los escenarios en los que los conscriptos examinados por los médicos titulares adscritos a la Dirección de Salubridad Pública no reunieron los valores mínimos de talla, peso, edad y otros criterios indicados en

²⁶⁷ Anexo N. 6, en Memoria que el ministro de Guerra y Marina presenta a la Legislatura Ordinaria de 1899 (1899), Lima: Imprenta de El País, p. 11.

²⁶⁸ Bustíos Romani, C. (2004) *Cuatrocientos Años...*, p. 100.

²⁶⁹ Sobre tales informaciones, en 1913 Carlos Enrique Paz Soldán se quejaba que “salvo raras excepciones, [...] no remiten ni publican dato alguno sobre ellas [las “guarniciones alejadas”]” (Paz Soldán, C., 1913, *La Región Cuzco-Puno. Estudio médico militar*. Lima: Imprenta del Servicio Geográfico del Ejército, p. 4). Esto limitaría de sobremanera el esfuerzo de la Sanidad Militar para recabar información estadística relevante, en cuanto estaba a merced de los esfuerzos de médicos civiles que no solo tenían otros criterios para levantar data, sino -tal como la cita de Paz Soldán lo muestra- tendían a no recabar información.

los certificados de conscripción referidos anteriormente. Casos como el del remitido Andrés Tirado, quien a sus 15 años fue certificado en su lugar natal Piura para cumplir el servicio militar eran comunes²⁷⁰. Por ejemplo, en 1910 se reportó que el 11% de todos los conscriptos llegados a Lima desde las provincias era posteriormente declarado “inaparentes” para el servicio²⁷¹. Creemos que tales casos ya habían sido detectados cinco años antes, a juzgar por la siguiente medida dictada por el coronel jefe del Estado Mayor General:

*El procedimiento que se emplea con los subprefectos y médicos titulares, que remiten conscriptos inútiles para el servicio de las armas, es oficiar al prefecto del departamento de donde proviene el contingente, para que ordene a la Tesorería se descuenta de los haberes de dichos funcionarios la cantidad a que ascienden los socorros que han percibido los conscriptos [...] hasta el día de la devolución, como así también los gastos ocasionados al erario, por la traída y devolución de los que resulten inútiles para el ejército, por adolecer de enfermedades incurables, por falta de talla o por mayores de edad.*²⁷² (Cursivas nuestras)

Subprefectos y médicos titulares, miembros de las juntas conscriptoras provinciales, verían disminuidos sus ingresos por remitir hacia la capital individuos que no debían formar parte del ejército. Inicialmente, la responsabilidad cayó sobre los primeros, a quienes se les descontaba de sus haberes por enviar a jóvenes que debían ser catalogados como “exceptuados”, es decir, conscriptos que no debían estar en los cuarteles en primer lugar, tales como menores de edad e hijos de viuda²⁷³. Conforme fue avanzando la década, la crítica viró hacia el personal médico en provincias, es

²⁷⁰ Archivo Histórico Militar del Perú, 1904, caja n° 3, Evaristo M. Chávez al Señor coronel director de Guerra, 9 de noviembre de 1904. Esto de que el conscripto Tirado contase con 15 años no sería problema, si es que la edad mínima para incorporarse al ejército no fuera 19 años.

²⁷¹ Paz Soldán, Carlos Enrique (1910) *La medicina militar...*, p. 22.

²⁷² Archivo Histórico Militar del Perú, 1905, caja n° 3, Informe de la 1° Sección al coronel jefe de Estado Mayor General, 16 de junio de 1905. “Sanciones pecuniarias” se seguirían aplicando a médicos titulares en localidades como Huarochirí y Chancay por remitir conscriptos “inútiles” en 1918 (Archivo Histórico Militar del Perú, 1918, caja n° 2, coronel jefe del Estado Mayor Manuel M. Ponce al coronel ministro de Guerra y Marina, 11 de enero de 1918). Los denominados “empíricos”, aquellos que fungían de médicos sin tener título, así como curanderos locales, veterinarios y todo aquel que contase con cierto conocimiento en medicina mas no tenían cargo como médico titular, serían eximidos de cualquier sanción al enviar conscriptos “inútiles” a Lima. Esto se ve en la selección de conscriptos ancashinos en 1911, donde el jefe del Estado Mayor General afirmaba que “debía hacerse efectiva la responsabilidad solo a los médicos titulares”, mientras se eximía al empírico en la selección de conscriptos, quien “por no ser profesional no debía hacerse responsable pecuniariamente” (Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, caja n° 3, General jefe del Estado Mayor General al General ministro de Guerra y Marina, 13 de mayo de 1911).

²⁷³ Velásquez, D. (2013) *La Reforma Militar y el gobierno de Nicolás de Piérola...*, pp. 383-384.

decir, los médicos titulares y los empíricos, quienes presuntamente no separaban a los jóvenes con defectos físicos y problemas de salud de los conscriptos idóneos para el SMO²⁷⁴. Esta era la posición oficial del Servicio de Sanidad Militar y Naval -y su jefe, el Dr. Evaristo Chávez- quien, en 1907, criticó la “injustificable ligereza en el proceder de los médicos titulares encargados de practicar el primer y más importante de los reconocimientos [en la conscripción]”²⁷⁵. Las sanciones aplicadas a los referidos médicos titulares podían ser elevadas e, incluso, alcanzaban los haberes de meses de labores, como señalaba el médico titular de Trujillo en su apelación de 1907 por el descuento de 299.40 soles tras haber enviado 12 conscriptos presuntamente “inaparentes” que fueron revisados en segunda instancia por el personal de la Sanidad Militar en Lima²⁷⁶. Recargados en funciones, condenados por médicos militares y oficiales, y sin el apoyo de la Dirección de Salubridad Pública ante sus reclamos por los descuentos, estos médicos civiles se lamentaban en 1916 de lo “aflictiva” de su condición y la falta de consideración ante los “sacrificios y los gestos” que realizaban en cumplimiento de sus labores²⁷⁷.

Como hicimos mención, esta presunta falta de diligencia de los médicos titulares acarrearba repercusiones en otros ámbitos de la vida militar. Pese a su reducido número, estos galenos civiles también estaban encargados de la atención al personal castrense en ausencia de los sanitarios militares, dándose esto especialmente en el interior del país. Por si fuera poco, esta atención médica a veces se realizaba por

²⁷⁴ Ibidem, pp. 384-385.

²⁷⁵ *Memoria del jefe de la Sanidad Militar y Naval*, en Memoria del Ministerio de Guerra y Marina (1907), Lima: Imprenta del Estado, p. 35. La crítica se mantenía y adquiriría términos más severos para 1918, año en el que el redactor de la memoria del Ministerio de Guerra y Marina apuntó con sumo énfasis que “este Ministerio ha sido inflexible para determinar y sancionar la responsabilidad de los referidos médicos [titulares]” a causa del “poco interés que demuestran” estos en la selección médica de los contingentes (*Memoria que el ministro de Guerra y Marina coronel César A. de la Fuente presenta al Congreso*, 1918, Lima, p. LI.)

²⁷⁶ Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, caja n° 3, Médico titular de Trujillo Dr. Enrique R. Blondet al Prefecto del Departamento de Trujillo, 17 de diciembre de 1909. Según este documento, el salario del Dr. Blondet correspondía a 100 soles mensuales. La deuda que debía pagar Blondet (299 soles) era equivalente a tres meses de labores y se la descontaría la Tesorería Fiscal local. Argumentaba Blondet que él envió a los conscriptos en buen estado, pero que las condiciones habitacionales y de transporte desde Trujillo a Lima fueron las culpables de enfermar a los hombres remitidos. Los soldados en cuestión catalogados como “inaparentes” eran Segundo Quiroz Nureña, Agustín Ordoñez Pomares, Leoncio Ascan Ríos, Demetrio Solano Saldaña, Francisco Gargurevi Chicoma, Catalino Solano Vaca, Domingo Lozada Pasos, Pedro Ganoza Iparraguirre, Andrés Bermúdez Ávalos, Ricardo Prado Santillán, Marcelino Alcántara Cabanillas y Antonio Briceño Pérez. La apelación de Blondet no fue aceptada.

²⁷⁷ Bustíos Romani, C. (2004) *Cuatrocientos Años...*, p. 101.

montos simbólicos, incluso nulos si el oficial al mando lo solicitaba²⁷⁸. No resulta entonces incomprensible la recurrente negativa de los médicos titulares para atender a efectivos militares por el reducido estipendio, la gran cantidad de pacientes y la hostilidad con la que eran vistos tanto por oficiales del Ejército como médicos militares. Este fue el caso del médico titular de Chiclayo, quien se negó a atender al batallón N.º 7 acantonado en esa localidad en 1909, a pesar de que -en palabras del jefe de la misión francesa Paul Clément- “le correspondería brindar sus servicios por una gratificación de 5 lp”²⁷⁹. Agravaba esta situación el hecho de que muchas de las tropas en provincias eran atacadas por epidemias, lo que abría la posibilidad de que el médico titular también se contagiara, hecho con claras repercusiones ante su clientela civil en las ciudades y pueblos donde residía²⁸⁰. De allí que el referido médico titular de Chiclayo rechazara la oferta del ejército no solo por los magros ingresos que le reportaba, sino también porque los soldados acantonados a los que debía revisar eran víctimas del temible paludismo y otras enfermedades²⁸¹. Ante condiciones laborales como las mostradas, no extraña que médicos titulares partieran a Lima ya sea temporal o permanentemente en busca de mejores oportunidades o gestiones personales, dejando atrás a sus pacientes civiles y militares en provincia sin atención médica o sin revisarlos según los criterios militares²⁸². El espacio vacante fue llenado

²⁷⁸ Destaca el caso del médico titular de Huancayo Dr. Guillermo Arosemena, quien en 1913 “gratuitamente lo hace [atender a las tropas de la guarnición de Huancayo] y en la medida que le es posible, pues no puede desatender los peculiares deberes de su cargo” (Archivo Histórico Militar del Perú, 1913, caja n° 3, teniente coronel subdirector del Servicio de Sanidad Militar Dr. Gerardo Alarco al coronel jefe de Estado Mayor General del Ejército, 19 de febrero de 1913.)

²⁷⁹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, caja n° 1, Paul Clément al Capitán de Navío ministro de Guerra y Marina, 23 de abril de 1909. Como monto referencial, en 1925 un ayudante de mostrador radicado en Lima ganaba 9 lp (Parker, D., 1995, *Los pobres de la clase media...*, p. 174).

²⁸⁰ Uno de los ejemplos paradigmáticos de los peligros de lidiar con epidemias para los médicos civiles fue lo que le sucedió al Dr. Juan Agnoli quien, en calidad de jefe de la Junta Directiva de la Campaña contra la Peste Bubónica de la Provincia de Lima (1904) perdió a su clientela por temor a contraer la *Yersinia pestis*. Al respecto, ver Bustíos Romani, C. (2004) *Cuatrocientos Años...*, p. 55.

²⁸¹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, caja n° 1, Paul Clément al Capitán de Navío ministro de Guerra y Marina, 23 de abril de 1909. Recordemos también que desde 1903 en adelante, se instaló a lo largo del país la peste bubónica. Médicos titulares se movilizaron para hacerle frente en los diversos brotes a lo largo del país -especialmente en la región norte- con jornadas de 11 horas, atravesando agrestes y lejanas orografías, y con recursos que les llegaban con semanas o meses de retraso desde Lima (Bustíos Romani, C., 2004, *Cuatrocientos Años...*, p. 43).

²⁸² En 1911 el farmacéutico Lorenzo Malarin entró a ocupar la plaza dejada por el médico titular de Puerto Maldonado, pues este “se fue a Lima” (Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, caja n° 5, teniente coronel jefe de la Guarnición de Madre de Dios al Comisionado Especial del Supremo Gobierno, 5 de octubre de 1911). Una situación similar se repetía en 1913, esta vez en Huancayo, donde el jefe de la guarnición local coronel Alcalá solicitó la asistencia de un médico militar tras la partida a la capital del médico titular local (Archivo Histórico Militar del Perú, 1913, caja n° 8, coronel Alcalá al jefe del Estado Mayor (telegrama), 12 de febrero de 1913.).

por los empíricos, individuos no profesionales de procedencia local que terminaron asistiendo y reconociendo a conscriptos como el yauyino Lorenzo Fabián Fernández, a quien certificaron como apto para el servicio militar a pesar de tener un leucoma en el ojo, causa inmediata de rechazo para la conscripción²⁸³. Por todo lo mencionado anteriormente, al asentarse la sanidad militar sobre la base del sistema sanitario civil, se benefició de una mayor cobertura a nivel nacional. Lamentablemente, ello también significó incorporar varias de las falencias que afectaban al sistema de médicos titulares, tales como los reducidos salarios y la reducida presencia de empíricos en caseríos y comunidades alejadas²⁸⁴. Pero no solo ello, sino que también surgieron otras complicaciones que -en última instancia- agravaron la situación de ambos sistemas sanitarios: los médicos titulares no pudieron desempeñar sus labores en el ámbito civil al estar -desde el establecimiento del SMO- con mayor carga laboral por sus nuevas responsabilidades militares, lo cual a su vez repercutió negativamente en la calidad de las revisiones de los conscriptos, como el caso del conscripto Lorenzo Fabián Fernández atestigua.

III. 1. 3. Beneficios que ofrecía la sanidad militar al gremio médico.

A pesar de las múltiples dificultades que presentaba la asistencia sanitaria al personal castrense, estudiantes y médicos graduados decidieron involucrarse en la sanidad militar. Evidentemente, estos galenos debieron observar ciertos beneficios, tales como mejoras en el estatus del individuo tras asimilarse al ejército, acceso a fuentes de empleo y variadas posibilidades investigativas y educativas.

²⁸³ Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, caja n° 3, *Cuadro de los individuos que reconocidos por la Sanidad Militar han resultado inhábiles para el servicio y a los cuales se les pide pasajes para regresarlos al lugar de su procedencia*, 11 de junio de 1911. La falta de personal médico era un problema conocido desde años atrás, habiendo sido reconocido de manera oficial en la memoria de Guerra y Marina de 1899, donde se señaló que debía contarse con “un médico o empírico en su defecto” en las juntas conscriptoras locales. Al respecto, consultar Anexo N. 6, en Memoria que el ministro de Guerra y Marina presenta a la Legislatura Ordinaria de 1899 (1899), Lima: Imprenta de El País, p. 11.

²⁸⁴ Desde el siglo XIX ya se reconocía la relativa falta de médicos titulares en el país, dado que estos no eran pagados por el Estado, sino por las sociedades de beneficencia locales y, por lo tanto, no contaban con un organismo central como la posteriormente fundada Dirección de Salubridad Pública (1903) al cual quejarse por la reducida paga percibida. Esto ocasionaba que los puestos de médicos titulares provinciales no fueran copados por no resultar atractivos a los egresados de medicina (Arce Espinoza, E., 2015, *La utopía postergada...*, p. 48).

Tal como hemos mencionado en este capítulo y el anterior, el ejército permitió el desarrollo de investigaciones médicas en base a las diversas vicisitudes que la población militar enfrentaba desde el siglo XIX. Los practicantes y médicos egresados que asistieron a los efectivos del ejército peruano en la Guerra del Pacífico escribieron sus tesis sobre las múltiples heridas sufridas, métodos y avances de cirugía, así como otras experiencias que ellos vieron y enfrentaron conforme avanzaba el conflicto. Más de diez años después se produjo una situación similar fruto de la encarnizada refriega entre caceristas y pierolistas en 1895, lo que dejó una gran cantidad de heridos. Con todo, la pacificación del país por esos años no significó el fin de las heridas de armas de fuego como tópico de interés de los médicos, menos aún el final de la investigación médico-militar. Por el contrario, esta floreció en grandes números y con gran diversidad de temas, bajo el auspicio de la institución castrense a través de la publicación de investigaciones en el Boletín del Ministerio de Guerra y Marina. Comparando con las aproximadamente 27 piezas de investigación sobre medicina militar en las revistas médicas desde mediados del siglo XIX hasta 1895²⁸⁵, la producción científica en Perú alcanzaría una cifra cerca de 70 -entre artículos y tesis- en el periodo 1895-1920. Se discutieron temas de gran interés para los galenos militares, tales como la relación entre la tuberculosis y el ejército, o propuestas para mejorar la higiene militar (cuarteles, vestido y otras instalaciones militares)²⁸⁶. Con el cambio de siglo y las reformas que atravesaría la medicina como disciplina y el ejército como institución, hicieron su introducción nuevos problemas de investigación que requirieron gran nivel de minuciosidad y que buscaban darles solución a apremiantes problemas constatados personalmente por el personal sanitario militar.

²⁸⁵ Ver anexo "Lista de tesis sobre sanidad militar desde 1862 a 1895" en el acápite de "Anexos" (p. 237). Agregar a ello *Crónica interior: cirugía militar* (1857), en La Gaceta Médica de Lima, n° 19, año, I, t. I, 15 de mayo de 1857; Ulloa, J. (1860) *De la organización de la medicina militar*, en La Gaceta Médica de Lima, n° 8, año I, t. I; Villar, L. (1860), *Higiene militar*, en La Gaceta Médica de Lima, n° 99, año V, t. V, 31 de octubre de 1860; Sandoval, J. (1865) *Proyecto presentado al gobierno para la reglamentación de un cuerpo de sanidad militar*, en La Gaceta Médica de Lima, año X, t. X, 15 de noviembre de 1865; Deza, M. (1866) *Dirección general de hospitales militares*, en La Gaceta Médica de Lima, año X, t. X, 30 de abril de 1866; *Los médicos el 2 de mayo* (1866), en La Gaceta Médica de Lima, año X, t. X, 15 de mayo de 1866; Villar, L. (1866) *Combate del 2 de mayo*, en La Gaceta Médica de Lima, año X, t. X 31 de mayo de 1866; Almenara Butler, F. (31 de agosto de 1884). *Cirugía Militar*. En La Crónica Médica, 3-4; Almenara Butler, F. (30 de noviembre de 1891). *La Medicina Militar*, en La Crónica Médica.

²⁸⁶ Títulos que son parte de las 27 publicaciones en el siglo XIX sobre sanidad militar, pero que no tratan sobre heridas e impactos por armas de guerra: Alvarado, T. (1891) *Estadística de la tuberculosis general de Lima...*, o Chávez, S. (1889) *Higiene del Soldado*, Lima: Facultad de Medicina, entre otros.

Entre estos nuevos temas de los médicos militares que suscitaban gran interés encontramos la investigación sobre la identificación, el reconocimiento de conscriptos y la medicina legal militar. Se publicaron más de 11 trabajos sobre tales temas, de los cerca de 70 entre 1895 y 1920, siendo el tercer rubro más abordado en tal periodo. Esto era consecuencia lógica de la labor de los médicos militares tras recibir gran cantidad de individuos, tanto en su heterogénea procedencia, como por las múltiples enfermedades y condiciones médicas que los conscriptos traían consigo tras ser remitidos desde provincia. Un elemento que también debemos tomar en cuenta fueron los viajes de estudio del Estado Mayor General en 1902 y 1916, los cuales permitieron a los galenos militares codearse con las configuraciones patológicas de las diversas regiones recorridas -especialmente las serranas- y ganar vital experiencia. Como mostraba elocuentemente el cirujano militar asignado al viaje de estudios de 1916:

Este estudio es muy útil para el médico militar, así como para los oficiales del Ejército, importantes colaboradores del primero, pues solo conociendo la patología de un lugar se puede tomar las medidas más indispensables para la conservación de la salud de las tropas.²⁸⁷ (Cursivas nuestras)

Esta experiencia *in situ*, donde podían examinarse los perniciosos efectos causados por las garrapatas, chinches, zancudos y multitud de parásitos y otros vectores, sería aprovechada por los funcionarios sanitarios²⁸⁸. Experiencias como estos viajes explicarían el creciente interés académico por el tifus exantemático, el paludismo, la fiebre amarilla, la desnutrición y demás “enfermedades evitables” como las denominaba el teniente coronel de Sanidad Dr. Gerardo Alarco el mismo año del

²⁸⁷ Memoria del viaje de estudios de la academia de Estado Mayor (1916), Lima: Imprenta, litografía y librería del Estado Mayor General del Ejército, cap. IV: Informe del Cirujano de la Comisión, p. 73

²⁸⁸ Yendo hacia el centro del país en el viaje de estudios de 1902, uno de los problemas más recurrentes al alcanzar zonas como Oxapampa fueron los dípteros hematófagos, como sucedió cuando se acampó “en un tambo en el que se tuvo que sufrir bastante por los mosquitos y zancudos” (*Memoria sobre el viaje del Estado Mayor*, 1902, Lima: Imprenta Southwell, p. 91). La presencia de parásitos también fue algo constante, especialmente en las zonas de altura como Colaya, en la sierra lambayecana, donde en 1916 la comitiva del viaje de estudios tuvo que sufrir las “fuertes picaduras” de una “gran cantidad de garrapatas” (*Memoria del viaje de estudios de la academia de Estado Mayor*, 1916, Lima: Imprenta, litografía y librería del Estado Mayor General del Ejército, Cap. IV: Informe del Cirujano de la Comisión, p. 225). Para lidiar con estas infestaciones, el cirujano de la comitiva tomó decisiones en el lugar: tradicionalmente las tropas se estacionaban en el cabildo y edificios locales; sin embargo y en vista de las circunstancias, tuvieron que buscar un terreno que presente condiciones adecuadas y ahí montar el vivac. Esto sucedió en el poblado de Chosgón, Amazonas (*Memoria del viaje de estudios de la academia de Estado Mayor*, 1916, Lima: Imprenta, litografía y librería del Estado Mayor General del Ejército, Cap. IV: Informe del Cirujano de la Comisión, p. 253).

referido viaje de estudios (1916)²⁸⁹. Surgieron títulos como “El paludismo en el ejército (higiene y profilaxis)” (1906) un estudio de amplio rango, o investigaciones más circunscritas como “El paludismo en las tropas acantonadas en el Callao” (1911)²⁹⁰. En lo referido al tifus, al pionero “Reflexiones sobre algunos casos de tifus exantemático” (1897)²⁹¹ -que tomaba como base a nueve enfermos del Batallón Callao internados en el hospital militar de San Bartolomé-, se sumaron otros trabajos producidos después de la conformación de la Sanidad Militar. Estos eran el balance del Dr. G. Olano titulado “El piojo blanco y el tifus exantemático” (1910)²⁹², donde se presentaban los avances de su investigación basándose en 24 enfermos del hospital militar; asimismo, se tenía el exhaustivo artículo del médico militar César A. Zevallos “Un nuevo caso de tifus recurrente observado en Lima” (1919)²⁹³, en el que se exponían los resultados del minucioso seguimiento al soldado de 20 años Gregorio López, víctima del también conocido como “tabardillo”. Debe quedar claro, sin embargo, que muchos de estos trabajos sobre diversos tópicos de la sanidad militar no se limitaban a discusiones sesudas y meramente académicas, también se esbozaban propuestas y sugerencias como la presentada por este último médico, César A. Zevallos, a modo de conclusión:

[...] se deduce que es necesario dictar eficaces medidas de profilaxis que impidan la producción de una epidemia en nuestro medio [Lima] y con este objeto creemos que sería necesario el aislamiento y la observación de los individuos que provengan de focos de tifus recurrente [en la sierra] [...] ²⁹⁴

Esta propuesta de Zevallos para tener en cuarentena a los conscriptos serranos o los diferentes artículos escritos sobre identificación y reconocimiento del capitán de Sanidad Dr. Guillermo Fernández Dávila buscaban mejorar la situación castrense. El planteamiento de estas diversas propuestas revela un floreciente campo de aplicación

²⁸⁹ Alarco, G. (1916) *Profilaxis de las enfermedades evitables (5ta conferencia)*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1916, n° 9, pp. 1295-1302.

²⁹⁰ Vallés, F. (1906) *El paludismo en el ejército (higiene y profilaxis)*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1906, n° 10, pp. 860-862; Aguilar, E. (1911) *El paludismo en las tropas acantonadas en el Callao (Apuntes de Sanidad Militar)*, en La Crónica Médica, 1911, n° 542, pp. 163-172.

²⁹¹ Morante, M. (1897) *Reflexiones sobre algunos casos de tifus exantemático*, en Anales Universitarios, 1897, n° 208, pp. 275-278.

²⁹² Olano, G. (1911) *El piojo blanco y el tifus exantemático*, en La Crónica Médica, 1911, n° 525, pp. 265-269

²⁹³ Zevallos, C. (1919) *Un nuevo caso de tifus recurrente observado en Lima*, en La Crónica Médica, 1919, n° 667, pp. 161-164

²⁹⁴ Ibidem

para estos galenos, el cual atrajo a algunos de los mejores alumnos de medicina de la universidad de San Marcos. Este fue el caso del “primer alumno de su año”, el estudiante Fortunato Quesada, quien en 1917 buscaba ocupar la plaza de subteniente sanitario en el hospital militar en los tres años de servicio militar que debía cumplir tras graduarse recientemente²⁹⁵.

La incorporación a la sanidad militar también otorgaba la perspectiva de perfeccionamiento profesional en el extranjero. Los oficiales peruanos consideraban a Francia como referente, pero conforme se fue entrando en el siglo XX, se empezó a mirar más hacia el norte, a Estados Unidos. Además de la llegada de oficiales y profesionales extranjeros al país -tales como Paul Clement y las diversas misiones militares francesas-, se buscó que algunos galenos peruanos complementaran su formación académica viajando a esos países. De esta manera se les abrió a los interesados en seguir la especialidad de sanidad militar la posibilidad de acceder al sistema de becas establecido por el ejército para los mejores estudiantes de medicina. Con ello, se buscaba conseguir dos objetivos: por un lado, aumentar el nivel de conocimiento de los futuros galenos militares, mientras se fomentaba el interés de estos estudiantes de medicina para asimilarse al ejército. Ello se formalizaba por medio de un compromiso de parte del alumno en caso aplicase para estas becas: debía servir en el ejército como médico militar tras su regreso al país por “cierto número de años”. Esta indeterminación de parte de la institución militar para definir el periodo de servicio se puede interpretar también como la necesidad de disponer del tiempo del médico de manera más prolongada, entendible por la reducida cantidad de médicos militares especializados en actividad. Veamos lo que señala la Memoria del Ministerio de Guerra y Marina de 1911:

Con el fin de asegurar el reclutamiento del personal de la Sanidad Militar, se crearán becas en la Facultad de Medicina, que han sido otorgadas a los alumnos que se han distinguido por su laboriosidad e inteligencia, y a quienes se les impondrá la obligación de servir activamente en el Ejército durante cierto número de años. Además, como medio de justo y necesario estímulo, y para el mejor servicio y organización de nuestra Sanidad Militar, se propenderá por este Ministerio al envío a Europa de aquellos

²⁹⁵ Archivo Histórico Militar del Perú, 1917, caja n° 1, director Dr. Gerardo Alarco al General ministro de Guerra, 23 de mayo de 1917.

*alumnos incorporados a tal cuerpo militar, y que se hayan distinguido por su competencia y laboriosidad.*²⁹⁶ (Cursivas nuestras)

La posibilidad del “envío” de aquellos “alumnos [de medicina] incorporados” a la Sanidad Militar fue aprovechada por prominentes médicos asimilados como Carlos Monge Medrado, el futuro padre de la medicina de altura a nivel internacional. De manera similar a Fortunato Quesada, Monge destacó en sus estudios universitarios y decidió iniciar su actividad profesional a través del ejército como “ayudante de laboratorio” para 1909²⁹⁷. Monge había ingresado en calidad de “practicante externo de la Sección Técnica”, mientras cursaba el 6to grado de San Fernando²⁹⁸. Cuatro años después sería recomendado por el Dr. Carlos Villarán ante el Estado Mayor para llevar cursos y eventualmente recibirse de médico militar en la escuela francesa de Val-de-Grace, “distinguiéndose por su competencia, así como su espíritu de disciplina”²⁹⁹. Oportunidades similares se le presentaron al capitán de sanidad Max Arias Schreiber, a quien en 1919 se le otorgó una beca para medicina militar en Europa, permitiéndosele posteriormente realizar un viaje de estudios por invitación del gobierno español en el norte de África³⁰⁰.

Este caso también demostraba el interés del Ejército peruano por dotar a los médicos militares peruanos de experiencias foráneas “de preferencia [en] regiones que tengan similitud alguna con nuestro país, encontrándose en este caso la región de

²⁹⁶ Memoria del ministro de Guerra y Marina (1911), Lima: Oficinas Tipográficas y Litográficas de la Escuela Militar, p. 17.

²⁹⁷ Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, caja n° 3, Dr. Evaristo M. Chávez al coronel director de Guerra, 24 de abril de 1909.

²⁹⁸ Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, caja n° 1, Dr. Evaristo M. Chávez al coronel director de Guerra, 24 de abril de 1909.

²⁹⁹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1913, caja n° 1, Dr. Gerardo Alarco al coronel jefe del Estado Mayor General del Ejército, 15 de enero de 1913. Sería el Dr. Carlos Enrique Paz Soldán -de “comisión” en Europa por el Ministerio de Guerra- quien recomendaría a Alarco que Monge asistiera a un “stage” en Val-de-Grace, Francia (Archivo Histórico Militar del Perú, 1913, caja n° 3, teniente coronel subdirector Dr. Gerardo Alarco al coronel jefe de Estado Mayor General del Ejército, 03 de enero de 1913).

³⁰⁰ Ya en 1917, dos después de recibirse como médico “alcanzando una de las más altas notas”, al Dr. Max Arias Schreiber se le otorgaría una beca por dos años a Francia, donde debía reportar mínimo seis meses desde el frente alpino durante la Gran Guerra. Esta última precisión no era gratuita: el ejército peruano buscaba recibir informes que pudieran servir para diseñar la sanidad militar en los Andes: “cada seis meses deberá enviar al Ministerio de Guerra un informe sobre las enseñanzas adquiridas, posibles de adaptarse en nuestro Ejército, y estará obligado a evacuar los informes que le solicite la Sanidad Militar.” (*Comisionado del Gobierno para estudiar en Europa los adelantos de la Sanidad Militar*, en Memoria que el ministro de Guerra y Marina General D. Benjamín Puente presenta al Congreso, 1917, Lima, p. CLVI)

Marruecos”³⁰¹ Estos viajes permitieron a los becarios acceder a importantes avances tecnológicos para salvaguardar la salud de las tropas, como cuando el mismo capitán Arias Schreiber entabló relaciones con el médico español Jaime Ferrán, inventor de una vacuna contra la tuberculosis. Arias Schreiber buscaba así asegurar 1000 de estas dosis para inmunizar a miembros del ejército nacional en 1920³⁰². En ese mismo año se abrió otra región para los estudios superiores de los sanitarios del ejército, los Estados Unidos, al ser enviado el capitán Dr. Eladio Antonio Lanatta a la escuela de médicos militares de Washington. En lineamiento con las directrices del sistema de becas mostrado anteriormente, el Dr. Lanatta se comprometió a servir tres años tras su regreso³⁰³. Por otro lado, desde 1920 se empezó a convocar concursos entre los capitanes sanitarios para obtener becas de estudio. Entre los ganadores estuvo el anteriormente referido Dr. Fortunato Quesada, quien culminaba el periodo de tres años en el que se comprometía a servir en el ejército³⁰⁴. Estos casos muestran que la sanidad militar no solo proporcionaba estas oportunidades a destacados estudiantes de medicina, sino también esta institución abría la posibilidad de que los que ya se encontraban en servicio como médicos pudieran seguir aprovechando nuevas oportunidades académicas en el extranjero, especialmente en Norteamérica. De esta manera, el ejército y los galenos se beneficiaban mutuamente: el primero, asegurándose personal sanitario militar capacitado y actualizado por un periodo de tiempo, mientras que el último veía la posibilidad de acceder a viajes de estudios a zonas con conflictos activos como el norte africano. En última instancia, el médico militar lograba mejorar su formación académica accediendo tanto a escuelas referentes de sanidad militar a nivel mundial como a experiencias en el campo de batalla.

³⁰¹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1919, caja n° 1, Dr. Gerardo Alarco al coronel ministro de la Guerra, 25 de noviembre de 1919. En la búsqueda de referentes para el diseño de políticas dentro del ejército también se tiene el caso del capitán de sanidad Dr. César A. Zevallos, quien en 1920 fue seleccionado para un viaje a EEUU en el que se le encomendó “el estudio de la organización de los laboratorios químico-bacteriológicos en el Ejército [estadounidense], el papel que estos desempeñan en la labor sanitaria y en la profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas, así como *la manera de organizar entre nosotros los laboratorios dedicados a estos fines.*” (cursivas nuestras). Para más información sobre el Dr. Zevallos, revisar Archivo Histórico Militar del Perú, 1920, caja n° 9, teniente coronel Dr. Gerardo Alarco al coronel ministro de la Guerra, 27 de setiembre de 1920.

³⁰² *Vacuna antituberculosis*, en El Comercio, 09 de abril de 1920.

³⁰³ Archivo Histórico Militar del Perú, 1913, caja n° 1, *Resolución Suprema* del 12 de enero de 1920.

³⁰⁴ Archivo Histórico Militar del Perú, 1920, caja n° 1, Capitán de sanidad Dr. Fortunato Quesada al teniente coronel director de Sanidad Militar, 20 de setiembre de 1920.

Las oportunidades laborables proporcionadas por el ejército podían tener diverso significado dependiendo de la situación en la que se encontraba el médico titular o militar en cuestión. Podían, por ejemplo, obtener un ingreso extra. Esto se vio en 1907 con la esporádica estadía del batallón n.º 7 acantonado en Huaraz, donde se sugirió por orden del ministro de Guerra que se contrate “a uno de los médicos residentes en ella” mientras este cuerpo se encontrase en la ciudad, pero recomendándose que sea “de preferencia con uno de los médicos rentados por el gobierno, con el médico titular [...] o con el médico de policía [...]” con una paga de S/. 50³⁰⁵. Representaba también una nueva oportunidad para aquellos galenos retirados que en tiempos anteriores sirvieron en el ejército, siendo este el caso del “antiguo médico militar” Dr. Luis Felipe Gallo, para 1909 residente en Arequipa, y recomendado para cubrir la falta de personal sanitario en la División del Sur³⁰⁶. Veamos ahora al civil Dr. Leoncio Pareja, propuesto en 1912 para asistir al Batallón n.º 21 acantonado en el Cusco, cuerpo que “en la actualidad tiene que ser atendido por el médico titular por la falta de personal médico militar que complete el designado para esta región”³⁰⁷. El camino de la “militarización”, es decir, la asimilación al ejército de los médicos civiles siempre estaba abierto, con beneficios como la exoneración del pago de patentes y licencias para practicar la medicina, el acceso al fuero militar y el goce de montepío³⁰⁸. Para acceder a estos, los médicos civiles Dr. Carlos Villarán y Dr. Felipe A. de la Torre se acogieron a la militarización en 1914 y se les asignó una plaza en el Batallón n.º 15 al primero, y otra en el hospital militar al segundo³⁰⁹. Ya en Lima, connotados galenos también ocuparon plazas en cuarteles, nosocomios y universidades, siendo este el caso del Dr. Miguel Aljovín, pionero en la ginecología y técnica quirúrgica peruanas, quien tenía el cargo de cirujano y docente en el hospital militar de San Bartolomé para 1916 con un sueldo de 16 libras mensuales³¹⁰. Las oportunidades brindadas por el

³⁰⁵ Archivo Histórico Militar del Perú, 1907, cajas n°4-5-6, Cirujano Mayor jefe de Sanidad Militar y Naval Evaristo M. Chávez al coronel director de Guerra, 09 de agosto de 1907.

³⁰⁶ Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, caja n°4, Cirujano Mayor jefe de Sanidad Militar y Naval Evaristo M. Chávez al Señor coronel director de Guerra, 13 de setiembre de 1909.

³⁰⁷ Archivo Histórico Militar del Perú, 1912, caja n° 7, Sargento Mayor director del Servicio de la Tercera Región Dr. Luis O. de Piérola al coronel comandante General de la Tercera Región, 30 de octubre de 1912.

³⁰⁸ Archivo Histórico Militar del Perú, 1904, caja n° 6, Dr. Leonidas Avendaño, Dr. Evaristo M. Chávez y Dr. Manuel Zavala y Zavala al coronel director de Guerra, 09 de agosto de 1904.

³⁰⁹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1914, caja n° 1, teniente coronel Inspector de Sanidad Militar al General Inspector Técnico y director general del *Ejército*, 03 de marzo de 1914.

³¹⁰ *Cirujano para el hospital militar* (1916) en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1916, n° 6, p. 832.

ejército eran aprovechadas no solo por antiguos colaboradores como el Dr. Gallo, o médicos titulares y de policía interesados en obtener un ingreso adicional, sino también por galenos de trayectoria como el Dr. Aljovín, o interesados en la asimilación como los doctores Villarán y De la Puente. Motivos aparte, el ejército era una opción por considerar para todos ellos.

III. 1. 4. Desventajas de la sanidad militar que desalentaban al personal médico.

El mismo ejército que representaba una opción laboral, la posibilidad de una carrera en el Estado o un nuevo campo de investigación también podía deparar ciertos sinsabores a los médicos interesados en la sanidad militar. Ya adelantábamos el problema del reducido sueldo que percibieron estos agentes sanitarios por sus esforzadas labores trabajando en el ejército, pero pocas veces el problema fue planteado con tanta elocuencia como lo hizo el ministro de Guerra y Marina en 1907:

La verdad es, que dadas las circunstancias de no haber en el país, Cirujanos Militares propiamente dichos, es decir, educados como tales, para llevar esa vida de inestabilidad en las localidades y de sumisión continua a los rigores de la disciplina militar, y teniéndose que echar mano para estos servicios de médicos diplomados, acostumbrados a cierta holganza en el ejercicio profesional civil, e independencia en la vida social, es demasiado exigir que muchos de ellos, padres de familia, limiten su presupuesto a ciento cincuenta soles los unos y aun a menos los otros.³¹¹ (Cursivas nuestras)

Los reducidos salarios y estipendios nos permiten entender las negativas de algunos médicos titulares para atender a los cuerpos militares asentados en provincias. Las mejores oportunidades que brindaba la práctica privada sobre el servicio de sanidad militar también era algo para tener en cuenta: para empezar, no se lidiaba con esa “vida de inestabilidad en las localidades”, menos aún con los “rigores de la disciplina militar”. Ni siquiera para los galenos solteros la medicina militar fue un camino fácil de recorrer. Algunos de ellos alternaban la práctica en la sanidad del ejército con la práctica civil³¹². En vista de esta situación, el Ministerio de Guerra y Marina se vio en

³¹¹ *Personal*, en Memoria del Ministerio de Guerra y Marina (1907), Lima: Imprenta del Estado, p. 44.

³¹² Esto no nos debe llevar a pensar que necesariamente la atención a civiles retribuyó de sobremanera a los galenos, sino véase el caso de Alberto Barton (1870-1950), connotado médico y microbiólogo naturalizado peruano y formado en la London School of Hygiene & Tropical Medicine y la Universidad de Edimburgo que en la década de 1910 “como médico en práctica privada [...]”

la necesidad de adoptar ciertas modificaciones, tal como en 1911 cuando señaló que el Cuerpo de Sanidad Militar “[...] se compondrá [...] de los cirujanos en actual servicio que acepten un puesto definitivo en las filas del Ejército, sin que esta circunstancia les prive de la facultad de atender a la clientela civil, siempre que queden cumplidas sus obligaciones militares”³¹³. Empero, esto no necesariamente se tradujo en una mejora real de la situación laboral de los galenos del ejército, pues muchas veces eran tantas esas “obligaciones militares” que no podían dedicar el tiempo necesario a la práctica privada. Inevitablemente, los deberes militares y la práctica civil entraban en competencia por el tiempo del médico, debiendo por contrato con el ejército priorizar los primeros y dejar de lado las mayores remuneraciones que otorgaba la segunda. Por ejemplo, pese a las referidas mejoras adoptadas, muchas veces la necesidad apremiaba, como en el caso del joven Dr. Carlos Monge, quien para 1911 hizo una “partida inesperada” del laboratorio militar en el que trabajaba, argumentando en su defensa la búsqueda de una “mejor situación económica en Trujillo”³¹⁴.

Para los otros miembros no médicos de la sanidad militar, las cosas tampoco pintaban bien. Lo reducido de los sueldos quizá no era la única preocupación, agravaba la situación el hecho de no recibir sus honorarios o estipendios cada fin de mes o que no se les reconozcan sus gratificaciones. En tal sentido, es ilustrativo de esta situación lo sucedido a los soldados sanitarios -también conocidos como “camilleros”- del hospital de San Bartolomé, conscriptos que, si bien recibían estipendio a través de propinas, para 1915 se les adeudaba “algunos meses”, tanto de gratificaciones como de comisiones por reenganche, tal como mandaban los estatutos sanitarios³¹⁵. Trabajadores no médicos y más especializados de la Sanidad Militar también padecieron por lo irregular de su situación: el sargento 1° dentista Víctor M. Layseca, asignado a los servicios odontológicos del hospital militar en calidad de ayudante, elevaba su queja al ministro de Guerra solicitando que se le abonen los nueve meses

percibía lo suficiente para vivir cómoda, pero no lujosamente” (Alarcón, G. y Alarcón, R., 2016, *Las bartonelas y la Medicina peruana: Logros sólidos, reconocimientos tardíos*. Lima: Centro Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia, p. 28)

³¹³ Al respecto, revisar Memoria del ministro de Guerra y Marina (1911) ..., p. 17.

³¹⁴ Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, caja n° 2, coronel jefe de Sanidad Militar y Naval al General jefe de Estado Mayor General del Ejército, 3 de febrero de 1911.

³¹⁵ Archivo Histórico Militar del Perú, 1915, caja n° 1, *Oficio enviado al Señor ministro de la Guerra*, 24 de mayo de 1915.

de salario adeudados desde 1915. La situación era más penosa aun, en cuanto Layseca fue despedido sin previo aviso tras prácticamente trabajar sin remuneración en el servicio odontológico del ejército, extrayendo 1183 piezas dentales y realizado 224 curaciones a 1122 hombres en 1915, así como 626 extracciones y 262 curaciones a 594 hombres hasta junio de 1916, cuando fue removido de manera súbita³¹⁶.

Por si fuera poco, los agentes sanitarios militares también tenían que lidiar con la falta del rancho en cuarteles y hospitales, especialmente en destacamentos en regiones lejanas. Era labor de los médicos militares y el personal sanitario procurarse sus alimentos a partir de sus salarios, a diferencia de los oficiales, a quienes la intendencia del ejército les proveía las comidas tras un descuento módico de sus haberes y prests³¹⁷. Esta diferencia entre oficiales de carrera y personal sanitario asimilado colocaba en clara desventaja a estos últimos, en cuanto un mínimo descuento o reducción de salario repercutían en su capacidad de proveerse alimentación. Fue este el caso del médico militar asignado al campamento limeño de “El Cascajal” en 1905, quien “[...] con la reducción hecha en su antiguo haber, tenía ahora más necesidades que satisfacer”, destacando entre estas “la carencia de rancho”³¹⁸. Situación similar atravesaba el sargento sanitario Humberto Pellegrini, quien en 1912 se hallaba destacado en la región de Madre de Dios cuando sufrió la reducción o descuento de sus haberes. Un agravante en este caso lo constituía el alto costo de manutención que pudieron experimentar otros miembros de la Sanidad Militar fuera de Lima, en zonas más remotas³¹⁹. Debido al nivel de detalle en el que se presentan las dificultades de Pellegrini, su informe puede ilustrar esta situación:

³¹⁶ Archivo Histórico Militar del Perú, 1915, caja n° 11, Cirujano Dentista Sargento 1° Víctor M. Layseca al ministro de Guerra, 22 de junio de 1916.

³¹⁷ *Tropas*, en Memoria del ministro de Guerra y Marina (1906), Lima: Tipografía de “El Perú”, p. 23

³¹⁸ Archivo Histórico Militar del Perú, 1905, caja n° 3, Dr. Evaristo Chávez al Señor coronel director de Guerra, 30 de enero de 1905. Los médicos militares en la época debían contemplar que podrían de su peculio para el correcto desempeño de sus funciones profesionales en el ejército, especialmente si se estaba estacionado fuera de Lima. En los casos que tenían lugar en la capital, era posible que la situación termine de manera diferente: se le podía reintegrar aquellos “gastos de carácter extraordinario”, como acredita una solicitud de reembolso enviada por ciertos afectados, entre los que destacan el mismísimo jefe del Servicio de Sanidad Militar Dr. Evaristo M. Chávez (120 soles) y tres médicos más (Carlos Rospigliosi con 80 soles, el futuro director del Servicio Gerardo Alarco con 50 soles y Guillermo J. Mato con 50 soles). Al respecto, consultar Archivo Histórico Militar del Perú, 1907, cajas n° 4-5-6 Resolución de reintegro a los médicos Evaristo M. Chávez, Carlos Rospigliosi Vigil, Gerardo Alarco y Guillermo J. Mato, 14 de diciembre de 1907.

³¹⁹ El transporte de alimentos como fideos, conservas y otros a regiones como Madre de Dios resistirían con mayor facilidad a las condiciones climatológicas como la humedad de la Amazonía, pero su adquisición se hacía desde otros países de la cuenca amazónica u otras ciudades. Los

El referido sanitario [Pellegrini] fue destinado a la mencionada guarnición, [...], con un haber de su clase asimilada, es decir con *S/. 70 de sueldo mensual; pero esta cantidad no es más que nominal, porque con motivo de elevadísimo precio que los artículos de primera necesidad tienen en aquella región*, el descuento por racionamiento era de S/.40-50 al mes, percibiendo líquido solo la suma de S/.28-50; esto hasta junio del presente año, pero desde julio [...] se redujo a S/.31-50 el descuento por dicho racionamiento, y en cambio se rebajó el haber a S/.60, quedando [...] *S/. 28-50 que no bastan ni para cubrir las necesidades personales en un lugar donde todo tiene un valor décuplo al del resto del país.*³²⁰ (Cursivas nuestras)

Vemos aquí que el sanitario Pellegrini debió hacer frente no solo a un sueldo cuyo valor nominal se iba reduciendo (de S/.70 a S/.60), sino especialmente a su mínima capacidad de compra, considerando que los productos costaban hasta diez veces más que en Madre de Dios. La oposición a ser destacados fuera de la capital era entonces entendible. A continuación, vamos a compartir un caso donde se muestra la resistencia de los médicos militares regimentarios a salir de Lima, para preocupación de los superiores de esta institución en 1919:

Para los que nos hemos preocupado del prestigio de la Sanidad Militar velando por el cumplimiento de los Reglamentos y por el correcto desempeño de las funciones técnicas, para los que siempre hemos puesto al servicio de la Nación el contingente de la labor personal y de los nobles entusiasmos, *ha sido un hecho incalificable la negativa de los médicos regimentarios de salir acompañando a sus cuerpos a los nuevos acantonamientos que les corresponde en la IV. Región Militar recientemente creada* [incluyéndose en esta a Ayacucho] [...] (Cursivas nuestras)

El referido documento no presenta mayores causas del desacato a la autoridad, no obstante, en base a lo visto hasta ahora sobre las dificultades que atravesaba el personal sanitario militar, podemos esbozar algunas explicaciones adicionales a este comportamiento. Las causas presentadas hasta ahora -gastos familiares, la paga irregular, “gastos extraordinarios” por alimentos en zonas lejanas- dejan de lado el

precios se elevaban considerablemente no solo por la distancia recorrida, sino también -como muestran Contreras y Cueto- porque transportar mercancías *en masse* a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX planteaba muchas dificultades: ir de la sierra a la costa era más fácil que viceversa, obligando esto último a cargar pocas mercancías de gran valor para hacer marginalmente lucrativo el negocio. Durante los meses de lluvia en la sierra, la comunicación entre ambas regiones quedaba interrumpida totalmente; por si fuera poco, en los meses donde el tránsito era posible (mayo a noviembre), los bandoleros y la falta de posadas adecuadas en medio de los caminos ponía en riesgo la integridad física y la salud de los transportistas (Contreras, C. & Cueto, M., *Caminos, ciencia y Estado en el Perú 1850-1930...*, pp. 638-639).

³²⁰ Archivo Histórico Militar del Perú, 1912, caja n° 12, Representante por Aimaraes Luis Alberto Carrillo al ministro de Guerra, octubre de 1912.

hecho que muchos de estos agentes sanitarios también eran académicos consagrados a la enseñanza superior y la investigación. Junto a la práctica médica privada, la actividad docente en la Facultad de Medicina era otra forma de procurarse un ingreso constante. Precisamente sobre ambos puntos, el propio ejército dejaba abierta la posibilidad de realizar esta labor de manera paralela a la función estrictamente médico-militar. Creemos que esto fue así porque el Ejército reconocía que le era muy difícil cubrir salarios de dedicación exclusiva a la sanidad militar y, peor aún, a aquellos que hubieran pasado a situación de disponibilidad o alcanzado el retiro. En tal sentido, no extraña esta ley sancionada el 26 de agosto de 1916 por el Congreso:

Artículo único: los *cirujanos del ejército* que, conforme a la Ley de Situación [sic] Militar, se encuentren *en estado de Disponibilidad o retiro, podrán prestar sus servicios en el Ramo de Instrucción Pública o en los hospitales sostenidos con rentas públicas*; percibiendo, además de su pensión el haber correspondiente al cargo que desempeñan, *siempre que en el ejercicio de este tengan cinco años cuando menos*.³²¹ (Cursivas nuestras)

Siendo entonces posible que los galenos militares conservaran sus cátedras universitarias mientras formaban parte del ejército desde 1916, los referidos médicos regimentarios que se negaron a seguir a los cuerpos a Ayacucho en 1919 bien pudieron haber hecho ello para no abandonar sus plazas en la Facultad de Medicina de Lima. Dicha situación no empezó en 1916 o 1919. El servicio sanitario del ejército estaba llamado a acoplarse a una realidad ya presente por lo menos desde inicios de siglo: el personal médico trabajaba en otras instituciones, estudiaba y se dedicaba a la práctica civil. Tarde o temprano, no aceptar todo ello conllevaría a contar con reducido personal sanitario ante la incapacidad del ejército de retener a los médicos militares³²². La importancia de los puestos académicos y las plazas en hospitales para

³²¹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1916, caja n°11, Copia de ley dada por el Congreso de la República Peruana el 27 de agosto de 1916, 31 de agosto de 1916.

³²² Archivo Histórico Militar del Perú, 1908, caja n°5, Dr. Evaristo M. Chávez al Señor director de Guerra, 31 de agosto de 1908. En dicho documento el doctor y jefe del servicio sanitario Chávez afirmaba lo siguiente: "*Los oficiales sanitarios, practicantes internos y externos de medicina, no pueden salir de la capital para el servicio de las tropas en época normal, porque no pueden abandonar sus estudios en la Facultad de Medicina* y es esa una de las circunstancias que se tomó al hacer la organización del servicio de la sanidad" (cursivas nuestras). En tal sentido, ya desde 1908 el mismo jefe de la sanidad militar Chávez reconoció la dependencia de la disponibilidad de los médicos y practicantes. En última instancia, la sanidad militar debía considerar diversos elementos para el envío de médicos militares a diferentes partes de provincia, siendo uno de ellos los estudios en la Facultad de Medicina de Lima.

capitanes sanitarios es ilustrada un año más tarde por el rechazo de la beca a EE. UU. obtenida por el anteriormente mencionado médico militar Dr. Fortunato Quesada, quien tuvo que renunciar a tal premio porque le obligaba a entregar su cátedra y su puesto en el hospital de San Bartolomé:

Amparan mi determinación de ahora [la renuncia a la beca], fundamentalmente, la desarmonía entre las condiciones establecidas para el viaje [a EE. UU.] y *la situación científica y profesional que me brinda aquí, de una parte, la Cátedra que tengo a mi cargo en la Facultad de Medicina, y de otra, el Servicio que se me ha confiado en el Hospital Militar, en cuyos desempeños deseo continuar [...]*.³²³ (Cursivas nuestras)

Por todo ello, pese a las oportunidades que la sanidad militar le brindaba. el capitán sanitario Quesada priorizó su puesto laboral y sus lazos con la academia peruana a una beca en EE. UU. Con esta información, no sería del todo extraño que los médicos militares destacados a Ayacucho mencionados anteriormente rechazaran cumplir las órdenes del ejército: podían perder clientes, cátedras, plazas en hospitales, alimentación costeable y otras comodidades que Lima les brindaba. Al final, podemos concluir que la labor del personal sanitario implicaba muchos sacrificios y que en más de una ocasión el desacato de órdenes ocurrió más por las limitadas oportunidades ofrecidas por el ejército a los médicos, que por una falta de respeto a la institución militar o una muestra de desidia para con los jóvenes conscriptos que esperaban su examen sanitario en los cuarteles.

III. 2. Enfrentando “bochornosos desaires”: el desarrollo de un incipiente espíritu de cuerpo en la Sanidad Militar (1904-1920)

Como señalamos en líneas anteriores, muchas de las críticas al comportamiento del personal sanitario castrense provenían de oficiales del ejército o del mismo Servicio de Sanidad Militar. En una sociedad como la de inicios del siglo XX, si hablamos de médicos nos estamos refiriendo a profesionales que se codeaban con miembros de

³²³ Archivo Histórico Militar del Perú, 1920, caja n°9, Capitán de sanidad Dr. Fortunato Quesada al teniente coronel director de Sanidad Militar, 20 de setiembre de 1920.

la *intelligentsia* peruana: ingenieros, abogados, militares, entre otros profesionales. En espacios como estos, el honor jugaba un papel fundamental, por lo que el “desairar” con alguna afrenta verbal a una persona adquiriría mayor connotación³²⁴. Más aun, con los médicos fuertemente identificados con la modernización del Estado, las polémicas podían motivar desde las quejas más sutiles hasta manifiestas protestas colectivas de un gremio cuya participación en los asuntos públicos se consideraba imprescindible. En 1905 ocurrió un hecho que ilustra lo señalado hasta ahora: los soldados no se estaban presentando a las revisiones médicas, pese a que los galenos militares programaban visitas a los cuarteles. El entonces cirujano mayor Dr. Leonidas Avendaño visitó por segunda vez el cuartel de San Francisco de Lima a primera hora para cumplir con su rutina de revisiones sanitarias mensuales, no encontrando a ningún conscripto una vez más. Elevando su informe al jefe de la Sanidad Militar, las palabras empleadas por Avendaño apenas pueden contener su indignación:

Me apresuro a poner en conocimiento de U.S. estos hechos incorrectos que revelan el poco cuidado que se tiene porque se cumplan las disposiciones del Cuerpo de Sanidad Militar, a fin de que U.S. entable las gestiones necesarias para que los individuos del servicio de sanidad no se expongan a tales bochornosos desaires; que por mi parte me prometo abstenerme de concurrir a un cuartel, inter no se dicte el reglamento que normalice estas revistas, a fin de proceder con la seguridad de que se me guardarán las consideraciones a que tengo derecho como Cirujano de la Sección Técnica y como miembro del cuerpo médico.³²⁵ (Cursivas nuestras)

Tal como se muestra en este informe, Avendaño se negaba a continuar con sus deberes hasta que el Ejército tomara cartas en el asunto: no concurriría a cuartel alguno de no redactarse un “reglamento” que obligara a las tropas a estar presentes en sus cuarteles. El asunto no solo se restringía al referido cuartel de San Francisco, sino también a otros cuarteles de Lima y alrededores, tales como el del Arsenal en el Callao, al cuartel de Barbones y al de San Lázaro. La falta de notificaciones previas a la comisión médica militar que iba a realizar las visitas, la presencia incompleta de las tropas o la ausencia de batallones enteros como el N. °7 hicieron que Avendaño sugiera el dictado de una orden previa de inamovilidad, aparte de señalar que “sería

³²⁴ Parker, D. (1995) *Los pobres de la clase media...*, pp. 177-179.

³²⁵ Archivo Histórico Militar del Perú, 1905, caja n°3, Primer Cirujano de Sanidad Dr. Leonidas Avendaño al Señor Cirujano jefe de la Sección Técnica Dr. Evaristo M. Chávez, 05 de julio de 1905.

conveniente” un reglamento para tales visitas³²⁶. El dictado de tal normativa no solo sería un marco para practicar las revisiones militares, sino -y, sobre todo- evitaría exponer al personal sanitario militar a bochornosos incidentes.

Estas “consideraciones” a las que tenía “derecho” Avendaño en su informe del 5 de julio de 1905 fueron defendidas una vez más por él mismo un año después, aunque esta vez apuntaba su pluma contra su superior, el Dr. Chávez, en un confuso incidente que involucró al jefe de la Misión Militar francesa y a otros altos oficiales como infortunados testigos. El 9 de noviembre de 1906, en pleno despliegue de efectivos militares para las maniobras del ejército en Jauja, el propio Paul Clement emitió su queja ante la Sanidad Militar. Señalaba Clement que la comitiva de médicos militares conformada por el Dr. Rospigliosi, el Dr. Matos y liderada por el Dr. Avendaño no estuvo presente en las maniobras para auxiliar a las diversas armas del ejército. La aparente desidia e indisposición de estos galenos marcaban sus palabras:

[...] Cumpló con el penoso deber de avisar a US. que según los datos suministrados a este Estado Mayor General por la Dirección de las maniobras, *el servicio sanitario deja mucho que desear*, por no estar asegurado absolutamente su funcionamiento regular. Así, el Doctor Avendaño, con grave perjuicio del buen servicio, se ha quedado en Matucana; el Doctor Martos permanece *enfermo* en Huari, y el Doctor Rospigliosi muestra muy *poca voluntad* para el cumplimiento de sus obligaciones.³²⁷ (cursivas nuestras)

Clement también se aseguró de que estas quejas sobre la “poca voluntad” y el incumplimiento de los médicos militares alcanzaran al ministro de Guerra y al jefe de la Sanidad Militar y Naval. Este último destacó la “mala impresión que han causado los datos transmitidos”, exponiendo la “falta de organización y disciplina” del cuerpo de médicos militares dirigido por Avendaño³²⁸. Chávez también brindó mayores detalles del incidente, tales como diversas fallas de comunicaciones entre Avendaño y el oficial al mando de las maniobras, así como el cuestionable liderazgo del primero

³²⁶ Archivo Histórico Militar del Perú, 1905, caja n° 3, Evaristo M. Chávez al Señor director de Guerra, 06 de junio de 1905. Contiene la transcripción del informe del Dr. Avendaño al Dr. Chávez.

³²⁷ Archivo Histórico Militar del Perú, 1906, caja n°1, General jefe del Estado Mayor General Paul Clement al director de Sanidad en las Maniobras Dr. Avendaño, 09 de noviembre de 1906.

³²⁸ Archivo Histórico Militar del Perú, 1906, caja n°1, Cirujano Mayor jefe de Sanidad Militar y Naval Evaristo M. Chávez al Primer Cirujano de la Sección Técnica Leonidas Avendaño, 09 de noviembre de 1906.

sobre el cuerpo sanitario. También se criticaba que el Dr. Matos no tuviera uniforme reglamentario, o que se quedara en Huari y no en Jauja; asimismo, llamaba la atención sobre el hecho que el Dr. Rospigliosi “se haya quedado atrás” en la marcha hacia la sierra central, agravando la falta de personal médico que auxiliara a las tropas³²⁹. Cerraba el escrito el Dr. Chávez de manera lapidaria: “[...] por estas causas se atribuye, con razón a que el buen estado de salud de las tropas se debe solamente a la buena complejión de ellas, y a la benignidad del clima de los lugares por donde han pasado³³⁰”. En otras palabras, para Chávez el servicio de Sanidad Militar y Naval fue, por decir lo menos, irrelevante y prescindible.

Avendaño no se quedó callado ante tales acusaciones. La profusa respuesta que brindó este médico militar arroja luz sobre las dificultades que enfrentaban los médicos militares para el cumplimiento de sus funciones, así como las expectativas y polémicas que tenían estos con sus respectivos superiores. Ya al inicio de su correspondencia con el jefe de la Sanidad Militar Avendaño mostraba su rechazo al tono que este empleó, “términos inadecuados [...] que riñen abiertamente con las prescripciones de las Ordenanzas militares”, aquellas que dictan “[...] que nunca un superior debe al dirigirse al inferior hacerlo olvidando las fórmulas de la cortesía del buen decir. [...]”³³¹. Acto seguido, Avendaño contestó las críticas hacia su persona y sus subordinados, los doctores Rospigliosi y Matos, por las supuestas faltas cometidas en las maniobras de 1906. En primer lugar, contestó al supuesto retraso en su viaje desde Lima señalando que lo hizo porque consideraba “desdoroso” para el rango militar suyo abordar un tren que no contara con “coche de primera clase”, esto debido a que el comandante en jefe del regimiento “no quiso que me esperara el convoy en el que debía seguir la marcha”³³². Esto nos muestra el prestigio que el autor asignaba a su rango de primer cirujano como a su profesión. Aparte del retraso generado, posteriormente surgió el problema del traslado de su instrumental hacia Jauja, habiendo asignado el ejército un solo mulo para los referidos tres cirujanos. Por si fuera poco, tal bestia ya había sido empleada por Rospigliosi y Matos. En otras

³²⁹ Ibidem

³³⁰ Ibidem

³³¹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1906, caja n°1, Primer Cirujano de la Sección Técnica Leonidas Avendaño al Cirujano Mayor jefe de Sanidad Militar y Naval Evaristo M. Chávez al, 17 de noviembre de 1906.

³³² Ibidem, p.3

palabras, Avendaño tuvo que procurar que “mi equipaje ha[ya] viajado por mi amistad particular con los señores oficiales encargados de un servicio muy distinto de la conducción de equipajes”³³³. Pese a estos esfuerzos, el equipo llegó a destiempo. Este médico también brindó información sobre la situación de sus dos subordinados del cuerpo de sanidad castrense. Sostuvo que el Dr. Rospigliosi tuvo que atender personal militar enfermo en el camino, por lo que se retrasó en el trayecto. Sobre el Dr. Matos, el “retardo” en el viaje que se le incriminaba y su estancia en Huari se debió -según Avendaño- a que el caballo que se le asignó era “chúcaro”, es decir era un equino “indomable e imposible de ensillar”, agravándose la situación porque Matos estaba debilitado por el mal de altura:

*Nunca creí, ni tengo derecho para obligar a un cirujano [el Dr. Matos] a dejarse matar por una bestia chúcaro. Además, si en la misma comunicación recibida por US. [Dr. Chávez] se dice que el Dr. Matos estaba enfermo, ¿qué cargo procede contra un individuo víctima de una enfermedad que ocasiona tan seria y profunda postración como el soroche?*³³⁴ (cursivas nuestras)

La mayor disputa, aquella explícitamente vinculada al prestigio de los médicos militares ante los “bochornosos desaires” referidos anteriormente, estaba por llegar. Esta enfrentó al coronel francés D’Andreé, máximo oficial a cargo de todas las maniobras en Jauja, y al responsable de la sanidad militar en ellas, el Dr. Avendaño. El 8 de noviembre de 1906, mientras las tropas estaban estacionadas en el pueblo de Matachico (próximo a Jauja), un sargento mayor de infantería apellidado Landa se aproximó a Avendaño para solicitarle que cure a su padre, aquejado de una grave enfermedad. Solicitando la “aquiescencia” de D’Andreé, Avendaño asistió y eventualmente operó al Sr. Landa. No obstante, la polémica nacería por las 40 libras esterlinas ofrecidas por el padre del mayor al médico militar en reconocimiento de sus servicios. Pese a que -según las normas vigentes- ningún galeno castrense podía “hacer negocio” cobrando a militares, sus familiares u otros civiles por asistencia médica ya que el personal sanitario percibía sueldos cubiertos por el Ejército para tal

³³³ Ibidem, p.3

³³⁴ Ibidem, p. 4.

fin, Avendaño aceptó³³⁵. Al menos esto es lo que se colige del áspero intercambio de documentos entre el galeno militar en cuestión y el coronel director de Maniobras francés, el último de los cuales sostuvo que:

[...] si yo, personalmente, le he permitido dejar la columna, antes de llegar a Jauja, el día 8 del actual, para ir adelante, a solicitud del mayor Landa [...] no ha sido para permitirle realizar un negocio sino más bien *realizar un acto humanitario que daría mayor realce a su nombre y fama médica, para la mayor reputación también del Cuerpo Médico Militar del Ejército* y mucho más cuando se trataba de prolongar la vida al anciano padre de un servidor a la Patria.³³⁶ (cursivas nuestras)

El coronel D'Andreé terminó apelando al prestigio del "Cuerpo Médico Militar del Ejército" para otorgarle mayor severidad a su llamada de atención a Avendaño. No obstante, las represalias concretas fueron ciertamente particulares: ante la negativa de este médico militar de devolver las 40£ recibidas, el coronel galo le terminó negando un mulo, que como vimos líneas arriba era de suma necesidad para poder trasladar su instrumental. Con gran ironía, el alto oficial extendió sus "disculpas" a Avendaño por no contar con una bestia de carga disponible para entregarle, añadiendo que "[...] no dudo que con las 30£ que U. se ha permitido cobrar en el ejercicio de sus funciones a una familia militar, a pesar de mi advertencia [...] encuentre U. los medios de salvar esta dificultad"³³⁷. Por si fuera poco, agregaba en el párrafo siguiente que "pongo en su conocimiento que elevo al jefe de Estado Mayor una queja oficial pidiendo su separación del Ejército [...]"³³⁸. Las adustas palabras empleadas, la amenaza manifiesta y el desprestigio que mancharía al también denominado "director de Sanidad en las Maniobras" Dr. Avendaño motivaron la búsqueda de apoyo de este en aquel que inicialmente lo reprendió por no velar por el buen funcionamiento del Servicio de Sanidad Militar, el Dr. Evaristo Chávez. Consciente de las implicancias para el prestigio de esta institución, el 6 de diciembre de 1906 el Dr. Avendaño apelaba a su superior en los siguientes términos:

³³⁵ Será a partir de 1911 donde se aceptará que los cirujanos militares pudieran obtener ingresos por atender a la clientela civil, "siempre que sean cumplidas sus obligaciones militares". Consultar Memoria del ministro de Guerra y Marina (1911) ..., p. 17.

³³⁶ Archivo Histórico Militar del Perú, 1906, caja n°1, coronel D'Andreé al Dr. Leonidas Avendaño, 17 de noviembre de 1906.

³³⁷ Archivo Histórico Militar del Perú, 1906, caja n°1, coronel D'Andreé al Dr. Leonidas Avendaño, 20 de noviembre de 1906. En este documento, la cifra en cuestión disminuye de 40£ a 30£.

³³⁸ Ibidem

[...] tengo a honra poner en conocimiento de U.S. como mi inmediato superior, los detalles del incidente habido en la ciudad de Jauja entre el Sr. coronel director de las Maniobras [D'Andreé] y el Cirujano director del Servicio de Sanidad [él mismo]. Voy a hacer la relación descarnada y suscita de lo acaecido, *esperando que U.S. proceda tal como corresponde al prestigio y a los fueros del Cuerpo de Sanidad Militar, por los que U.S. tiene obligación de velar, en su carácter de Jefe de la Sección Técnica.*³³⁹ (cursivas nuestras)

Ciertamente Avendaño, con gran habilidad, transformó su ojeriza con D'Andreé en un conflicto institucional, esperando la defensa del jefe de la Sanidad Militar a su favor. Yendo en su búsqueda, se presentó ante Chávez en calidad de médico especialista, agregando que “[...] en mi carácter de catedrático de medicina-legal en la Facultad de Medicina, conocía perfectamente todo lo relacionado con el ejercicio de la medicina en el Perú, y que estaba seguro de la corrección de mi procedimiento [...]”³⁴⁰. Esto cimentaba la autoridad de Avendaño por sobre la de D'Andreé, pues centraba la discusión en el ámbito académico, no en el castrense. Luego de esto, solicitaba a Chávez que aclarara las competencias del cuerpo de sanidad militar en asuntos que vital importancia como los ingresos económicos. De tal manera:

Como el asunto que motiva esta comunicación debe ser resuelto por el Supremo Gobierno, suplico a U.S. tenga la bondad de elevar este oficio a conocimiento del Señor General Ministro del ramo, para que por este despacho se resuelva:

- 1°- *si los médicos militares tienen o no derecho para cobrar el honorario correspondiente al ejercicio de su profesión, a los particulares que soliciten sus servicios, aunque esos particulares sean parientes de militares en servicio activo;*
- 2°- *si los médicos militares tienen o no derecho para ejercer libremente su profesión, en los ratos que les queda libre el servicio militar; y,*
- 3°- *que se califique la conducta de los dos jefes del ejército que han intervenido en el incidente referido en el presente oficio.*³⁴¹ (cursivas nuestras)

En cuanto a los dos primeros puntos presentados, Avendaño apelaba a situaciones con las que cualquier sanitario del ejército se podía identificar, especialmente después de mostrar las penurias económicas que muchos de estos pasaban al ejercer la medicina militar. Por otro lado, de aceptar Chávez elevar el tercer punto al Supremo Gobierno, Avendaño lograría que el jefe de la Sanidad Militar cerrara filas a favor suyo, invirtiendo el pedido de D'Andreé de someter bajo el escrutinio del ejército el

³³⁹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1906, caja n°1, Dr. Leonidas Avendaño al Sr. Cirujano jefe de la Sección Técnica, 06 de diciembre de 1906, p. 1

³⁴⁰ Ibidem, p. 2.

³⁴¹ Ibidem, p. 3.

accionar del médico militar. A juzgar por la documentación disponible, este fue el probable curso de acción: Avendaño no fue separado del ejército, estando en servicio por lo menos hasta 1909³⁴². Este primer caso nos muestra los esfuerzos para buscar movilizar a la Sanidad Militar en la defensa tanto del honor personal como en nombre de los médicos militares frente a cuestionamientos a la reputación de la institución de la que formaban parte.

Digno de mencionar también es el espíritu de cuerpo desarrollado a nivel regional, en este caso, en la III Región militar, cuyo centro giraba en torno a Arequipa. Hacia 1915 sucedió un incidente entre el personal sanitario de dicha jurisdicción, el coronel comandante al mando de esta, el Estado Mayor General y la máxima autoridad de la sanidad militar, entonces el director del Servicio teniente coronel Dr. Gerardo Alarco. El 19 de febrero de 1915 se emitió una orden general en la que el referido coronel comandante se expresó -a juzgar por Alarco- “en términos depresivos a todos los médicos militares de la región” a causa de la selección de un conscripto no apto para el arma de artillería³⁴³. Debido a la acritud de los términos empleados, todos los miembros sanitarios de esa circunscripción se dieron por aludidos, renunciando *en masse* ante su jefe sanitario, el Mayor Dr. Luis de Piérola. Aquel médico comunicó la voluntad del cuerpo sanitario a su cargo al coronel comandante de la III Región, quien tomó tal acción como una afrenta a su autoridad, rechazando la renuncia de los subalternos. A continuación, ordenó el arresto del Dr. De Piérola. Aquel hecho hizo intervenir al director de la Sanidad Militar Dr. Alarco, quien tuvo que seleccionar correctamente sus palabras para no ser tomado como incitador del supuesto desacato, por lo que reafirmó en primer lugar el respeto a las jerarquías militares de parte de sus subordinados en los siguientes términos:

[...] debido en su mayor parte, a los esfuerzos de US. [ministro de Guerra] se nombraron médicos de cuerpos de tropa, *es solo entonces que se estableció la dependencia directa, disciplinaria y administrativa de ellos, de los jefes de Cuerpo y solo técnica del jefe del Servicio de Sanidad de la Región; pero esta organización seguida en la práctica no está sancionada por un reglamento del Servicio de Sanidad,*

³⁴² Durante los combates librados a raíz de la sublevación encabezada por Carlos de Piérola en Lima durante mayo de 1909, se contaba con el Dr. Avendaño como uno de aquellos galenos militares que debía auxiliar a los heridos registrados tras los enfrentamientos. Al respecto, consultar Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, caja n°3, Dr. Evaristo M. Chávez al coronel director de Guerra, 31 de mayo de 1909.

³⁴³ Archivo Histórico Militar del Perú, 1918, caja n°8, teniente coronel Dr. Gerardo Alarco al Señor ministro de la Guerra, 05 de marzo de 1915, p. 1.

motivo que puede explicar la actitud de los médicos de los cuerpos de tropa de la III. Región y del Jefe del Servicio de Sanidad, Mayor Piérola, pues *no tienen en la actualidad reglamento al cual deben ceñir todos sus actos disciplinarios y técnicos.*³⁴⁴ (cursivas son nuestras)

Según la perspectiva de Alarco, el problema no era el hipotético desacato a la autoridad militar, sino la irregularidad del propio reglamento del Servicio de Sanidad, especialmente en lo referente a las líneas de mando: no estaba establecida la dependencia directa hacia los jefes de cuerpo o al jefe de la sanidad. Reforzaba el autor su argumentación brindando una crítica sobre la falta de expectativas que la sanidad militar ofrecía a los galenos asimilados. En otras palabras: la desidia con la que trataba el propio ejército al personal sanitario militar compensaría cualquier posible yerro que los sanitarios castrenses pudieran haber cometido:

En un Instituto como el nuestro en que *su personal actual de asimilados no tiene esperanza alguna, en que para los nuevos no exista tampoco gran aliciente*, por lo cual no se ha realizado aún la selección de su personal teniendo en cuenta su competencia profesional, conocimientos militares y condiciones morales, *eliminar a los buenos elementos es someter a la sanidad militar a prueba muy dura [...]*³⁴⁵. (cursivas nuestras)

Tras cuestionar posibles infracciones del personal sanitario en ejercicio de sus funciones, en la cita se menciona el daño que causaría el remover a los “buenos elementos”, en clara referencia al mayor Dr. De Piérola. Según este razonamiento, la Sanidad Militar terminaría sufriendo un duro golpe en su organización a nivel nacional con la puesta de este facultativo en situación de *disponibilidad* para ser sometido a la justicia castrense. Diez años de labores en la III Región se echarían a perder si De Piérola fuese dado de baja, experiencia que era difícilmente reemplazable³⁴⁶. Un año después de iniciado este incidente, el Dr. Alarco todavía seguía escribiendo insistentemente ante el ministerio de Guerra “[...] pidiendo, en justicia, la no separación del cuerpo de médicos militares del Sargento Mayor Dr. Luis O. de Piérola”, sugiriendo incluso que lo reubiquen en otra circunscripción militar como

³⁴⁴ Ibidem, p. 2.

³⁴⁵ Ibidem

³⁴⁶ Archivo Histórico Militar del Perú, 1918, caja nº8, teniente coronel Dr. Gerardo Alarco al Señor coronel ministro de la Guerra, 26 de mayo de 1916.

alternativa³⁴⁷. Lamentablemente, se pierde el rastro al Dr. De Piérola en la documentación militar disponible, solo quedando claro que el galeno del ejército Dr. Carlos Villarán lo reemplazó en el mando de la sanidad de la III Región en 1916, a pesar de los repetitivos pedidos de Alarco para que se le reintegre al servicio³⁴⁸. Este caso nos permite ilustrar que por más adversa que fuera la situación de la institución en cuestión, sin autonomía, plagada de irregularidades, problemas y personal insuficiente, Avendaño, Meza, Alarco, De Piérola y el personal sanitario de la III. Región actuaron para resarcir estas situaciones. Ellos cuestionando los “términos depresivos” empleados para describir sus labores, buscando hacer prevalecer la dignidad del Servicio de Sanidad Militar frente a actos que consideraban como arbitrariedades ejercidas por el cuerpo de oficiales.

Tales disputas entre médicos militares y oficiales de carrera no se tradujeron en una línea divisoria e insalvable entre ambos grupos profesionales. De hecho, entre el cuerpo de oficiales del Ejército y el cuerpo de médicos militares, practicantes y demás personal sanitario se manejó un vocabulario en común que dio pie a lo que hemos denominado una “cultura sanitaria”, es decir, concepciones y objetivos hasta cierto punto similares entre ambos colectivos en lo referido a la sanidad en la institución castrense. Asimismo, tanto estos como los médicos militares formaron parte de la infraestructura sanitaria militar instalada desde la fundación del Servicio de Sanidad Militar en 1904, confluyendo en la necesidad de reformar el cuartel como espacio central del servicio militar obligatorio en particular y la reforma militar en general. Con todo, los oficiales aplicaron tales conceptos sanitarios a objetivos propios tales como el uso de la higiene para diferenciarlos de sus subordinados indígenas, como veremos a continuación.

III. 2. 1. Manejo de vocabulario sanitario militar por los oficiales del ejército (1895-1920)

Como aliados en la aplicación de los cambios sanitarios que traía consigo la reforma militar, los oficiales del ejército peruano debían conocer algunos términos médicos.

³⁴⁷ Ibidem.

³⁴⁸ Ibidem.

Es necesario, sin embargo, hacer la precisión que aquellos como Evaristo Chávez y Guillermo Fernández Dávila eran galenos asimilados, es decir, oficiales que no eran militares de carrera *pe se*. Cabe la interrogante de si aquellos definidos tradicionalmente como “profesionales” de la guerra³⁴⁹, los oficiales profesionales, empleaban parte del vocabulario sanitario de la época.

A finales del siglo XIX, en las diversas fuentes militares de la época, se constata una mayor sensibilidad de los militares por la higiene, el contagio y el germen. En el marco de la ley del servicio militar obligatorio (1898), se concebía la necesidad de que los conscriptos -en su mayoría indígenas- fueran llamados a los cuarteles a que cumplieran su servicio por tres años³⁵⁰. Para tales efectos, fueron seleccionados aquellos cuarteles mejor adecuados sanitariamente, así como aquellos que brindarían mejores condiciones para el proyecto civilizatorio militar³⁵¹. Fue en las descripciones de estas instalaciones realizadas por los oficiales donde se utilizaba este lenguaje sanitario. No obstante, tales términos estaban vinculados con uno de los valores representativos castrenses: la disciplina. La memoria del Ministerio de Guerra y Marina de 1897 presenta esta relación de manera clara:

*Mal avenidas se encuentran la edilidad y la higiene con la permanencia de cuarteles dentro de la ciudad [Lima], y, a mayor abundamiento, si se tiene en cuenta que sufren daño irreparable la instrucción y disciplina de las tropas alojadas en ellos. La disciplina, señaladamente, resultante de las enseñanzas y hábitos que caracterizan la vida militar, se ve expuesta a relajaciones que tendería a infiltrarse en todo el organismo de las tropas.*³⁵²

³⁴⁹ El “profesional” de la guerra se diferenciaría del “especialista” de la guerra, incluyéndose en este último a ingenieros, doctores, pilotos, expertos en comunicaciones, etc., todos ellos imprescindibles en las labores militares por el *expertise* que poseen. Sin embargo, la administración de la violencia no era ejercida por ellos, sino por militares de carrera (Huntington, S., 1957, *The Soldier and the State...*, p. 11)

³⁵⁰ Velásquez, D. (2013). *La reforma militar...*, p. 316.

³⁵¹ Durante los años finales del siglo XIX e inicios del XX en el Ejército se fomentó activamente el desplazamiento de los indígenas a los cuarteles de la costa, especialmente Lima, bajo la creencia que esto facilitaba el aprendizaje del castellano y, en consecuencia, aceleraría su “desindianización”. Acerca de la importancia de Lima para las propuestas que buscaban movilizar a indígenas en calidad de conscriptos, ver Mabat, Y. (2020) *Veterans of Christ: soldier reintegration and the Seventh-Day Adventist Experience in the Andean Plateau, 1900-1925*, presentado en *The Americas*, v. 77:2, p. 15. Drinot sostiene que efectivamente para este periodo se buscaba “redimir” al indígena, civilizarlo, pero no se le consideraba como agente de “progreso”, como sí se hacía con los obreros urbanos (Drinot, P., 2016, *La seducción de la clase obrera: trabajadores, raza y la formación del estado peruano*. Lima: IEP; Ministerio de Cultura, p. 31, p. 59.

³⁵² *Ejército: personal y dependencias activas*, en Memoria que el Ministro de Guerra y Marina presenta a la Legislatura Extraordinaria de 1897, Lima: Imprenta de El País, p. 8.

La cita anterior nos revela una relación causal entre la falta de “higiene” y “edilidad”³⁵³, y la merma de la disciplina de las tropas, lo que a su vez se plasmaba en los “organismos” de los conscriptos con consecuencias negativas. La conservación de la higiene entonces serviría como aquella tecnología que permitiría a los oficiales impactar en los hábitos de los campesinos indígenas, pudiendo eventualmente mejorar sus condiciones siguiendo los criterios que el ejército creyera conveniente³⁵⁴. El cuartel, entendido como lugar en el que residía el conscripto venido de la sierra, sería entonces el espacio donde se moldearía al soldado, se le “civilizaría” a través de la adquisición de nuevos hábitos higiénicos³⁵⁵. De esta manera, finalmente, se podía “desindianizar” al indígena, volviéndolo un mestizo en cuanto tendría ya incorporados los hábitos ciudadanos que adquiriría en el cuartel, destacando en ellos la higiene y la lectoescritura³⁵⁶. Entendido el proceso de tal manera, se hizo más urgente para los oficiales la necesidad de contar con cuarteles adecuados, tal como podemos ver en el siguiente pasaje de la memoria de Guerra y Marina de 1899:

La higiene, la disciplina militar y la instrucción del soldado, sufren notablemente en los cuarteles existentes; habiéndose llegado a ser inaplazable la necesidad de proceder a tan urgente mejora, construyendo verdaderos cuarteles, en lugares apropiados³⁵⁷

Esta referida tríada de la “higiene, la disciplina militar y la instrucción del soldado” exigía a los oficiales manejar ciertos conocimientos médicos, compartiendo una “cultura sanitaria” con términos higiénicos, nociones de enfermedad y métodos en

³⁵³ Palabra referida al magistrado romano encargado del ornato y limpieza de calles y templos. Consultar el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, en su versión 1884, XII Edición, p. 407.

³⁵⁴ El término que empleamos aquí, “tecnología”, tiene inspiración foucaultiana, y es entendida como “tecnología de gobierno”, entendida como los mecanismos físicos y simbólicos que permitirían la “mejora” de una población determinada. Va de la mano con el concepto de “gubernamentalidad”, en cuanto lo que se buscaría sería “maximizar” a la población, en este caso, los conscriptos indígenas. Consultar al respecto Drinot, P. (2016) *La seducción de la clase obrera...*, pp. 24-27.

³⁵⁵ La raza a finales del siglo XIX e inicios del XX se empezó a vincular más al comportamiento y la moral que a características biológicas indelebles (Pratt. M. L., 2011, *Ojos imperiales. Literatura de viajes y transculturación*. México: FCE, p. 71).

³⁵⁶ El proceso de “desindianización” de los indígenas -es decir, volverlos “mestizos”- no solo se centraba en la higiene, sino especialmente en la nueva habilidad para la lectoescritura en castellano. Sobre esto, consultar De la Cadena, M. (2004) *Indígenas mestizos...*, pp. 24-25; 87.

³⁵⁷ *Guerra*, en Memoria que el Ministro de Guerra y Marina presenta a la Legislatura Extraordinaria de 1899, Lima: Imprenta de El País, p. VII.

común con los galenos castrenses³⁵⁸. Y es que, establecido el consenso entre los médicos y los oficiales de carrera sobre la necesidad de “civilizar” al indígena a través de la higiene, se requería que los oficiales se familiarizaran con vocablos como “foco infeccioso”, “gérmenes” y “fiebre amarilla”, todo esto en cuanto eran los encargados de reportar las incidencias sanitarias de los conscriptos bajo su mando. Veamos para 1908 el informe del teniente coronel José Matías Cuadros, quien muestra un destacable bagaje de términos médicos mientras estaba destacado a una región en la que necesitaría de estos, Loreto:

[...] el estado sanitario de la tropa del cuerpo a mi mando se encuentra desde el mes pasado en las más graves condiciones por haberse convertido el cuartel de la prefectura, local donde se aloja el batallón, en un verdadero *foco de infección*, donde se han desarrollado de manera alarmante las *epidemias de vómito negro y fiebre amarilla*. Todas las *medidas higiénicas* puestas en juego con el fin de combatir el terrible *flagelo* han sido inútiles, puesto que la epidemia es local y sus *gérmenes morbosos* se hallan en la cuadra única, húmeda e insalubre donde se aloja la tropa.³⁵⁹ (cursivas nuestras)

Eran muchas veces los propios militares los llamados a ejecutar las labores médicas de prevención y tratamiento de enfermedades, siendo también requeridos para que apliquen la disciplina y el refuerzo en el manejo higiénico de las tropas. No obstante, a veces hasta los más enconados esfuerzos para hacer frente a tales flagelos eran insuficientes: de la cita anterior se puede ver que el teniente coronel Cuadros agotó todas las opciones para hacerle frente a la fiebre amarilla. La epidemia de vómito negro trascendía los límites del cuartel, por lo que las medidas a tomar debían llevarse a cabo más allá de los muros del local prefectoral en Loreto.

No todas las enfermedades plantearon similares desafíos al celo disciplinario e higiénico de ciertos oficiales. El caso del tifus es particular: tradicionalmente considerado como una enfermedad que afectaba a los militares del Viejo Continente en invierno, en Perú se lo identificó principalmente en la sierra. Para la década de 1910 los militares ya estaban al tanto que el piojo humano era potencial vector por

³⁵⁸ Blázquez Rodríguez, M. (2010) Democratizar la atención en salud. En *Índex de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 19: 2-3, pp. 136-137.

³⁵⁹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1903, caja n° 3, *Informe del Teniente Coronel José Matías Cuadros del Batallón Guarnición Militar de Loreto al Sr. Coronel Jefe del Estado Mayor General del Ejército*, diciembre de 1908

una serie de artículos publicados en el Boletín del Ministerio de Guerra y Marina cuyo autor era el médico militar Alberto Melot, de nacionalidad gala. En tales escritos de 1911, advertía Melot sobre la posibilidad de ciertos animales y parásitos de actuar como vectores de enfermedades, destacando entre ellos a los piojos humanos³⁶⁰, cuando dos años antes el francés Charles Nicolle identificó a estos artrópodos como los transmisores del tifus exantemático. Ocho años después del artículo de Melot, tenemos no a un médico militar, sino a un teniente coronel del regimiento de caballería n.º 7 en Ayacucho, quien recomendaba aplicar las siguientes indicaciones para frenar un brote de tifus entre sus tropas al mando en 1919:

*El más grande aseo diario personal, el cual deberá hacerse repetidas veces y bajo la vigilancia de los oficiales de servicio, recomendando, si es posible, el baño diario. [...] Siendo el piojo el único vehículo transmisor de esta enfermedad [tifus], debe recomendarse: el cambio inmediato de prendas cuando se encuentre alguno [...] Regular la salida de las tropas, [...] escogiendo de preferencia a quienes se hayan lavado y cambiado la ropa en el día. [...] Finalmente, y tan luego se note en un individuo fiebre alta, ojos inyectados y la lengua seca, [...], debe ser aislado como sospechoso de tifus, dándosele un purgante, y si la fiebre continuara después de esto, remitirlo inmediatamente al hospital.*³⁶¹ (cursivas nuestras)

Lo que estamos viendo es la consolidación de la figura del oficial como parte integral del sistema sanitario militar. Notemos aquí que siguiendo las formas disciplinarias él debía cerciorarse de que "repetidas veces y bajo la vigilancia" suya los soldados bajo su mando adquirieran el hábito del baño. En el texto de este teniente coronel de caballería también observamos que era el oficial al mando el llamado a rápidamente identificar "sospechosos de tifus" e incluso ser el que debía en primer lugar darles medicina, en este caso, un purgante. El cuartel era así el primer y más importante eslabón en la cadena sanitaria, para ya luego pasar a los hospitales en caso continúe la fiebre y la sintomatología propia del tifus exantemático como las manchas en el cuerpo. Mientras que en los años posteriores a la Guerra del Pacífico los tesisistas médicos propusieron el cambio del hospital militar al cuartel como centro del sistema

³⁶⁰ Melot, A. (1911) *Causas de producción y de propagación de las enfermedades en los soldados*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, n.º 17, p. 1065-66.

³⁶¹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1919, caja n.º 11, *informe al teniente coronel comandante del Regimiento de Caballería*, 01 de diciembre de 1919.

sanitario del ejército, vemos ya para las primeras décadas del siglo XX que los oficiales hicieron suya tal propuesta, desarrollándola.

El celo sanitario de los oficiales buscó incorporar más elementos independientemente del agua, el jabón y la temprana aplicación de purgantes en cuarteles. Fueron también objetos de la reforma sanitaria militar alimentos, bienes como cepillos, mantas, camas, espacios amueblados, otros instrumentos de aseo y naturaleza personal que pudieran significar cierta comodidad³⁶². No obstante, en una institución altamente jerárquica como el ejército, la comodidad *per se* era prerrogativa del alto rango, de la oficialidad, uno de sus distintivos. Una de las materias sensibles al respecto era la exclusividad de uno de los elementos fundamentales desde el punto de vista de la higiene: escusados funcionales y reservados para los oficiales. Este fue el principal reclamo del oficial al mando del batallón Canta, acantonado en el Callao en 1900:

En el cuartel que ocupo [cuartel del Arsenal] *no existe más escusado que el de la tropa*, lo que origina no solo el grave inconveniente de que los jefes y oficiales a las horas del día o de la noche tengan que abandonar sus obligaciones para ir a la calle en busca de un reservado, sino que es altamente indeceno [sic] semejante cosa que revela completo descuido del local.³⁶³ (cursivas nuestras)

Los oficiales del cuartel del Arsenal (Callao) preferían salir a buscar otros servicios higiénicos fuera del cuartel que a usar aquellos que la tropa empleaba. Considerando por antonomasia a los retretes usados por la tropa como contribuyentes al "completo descuido del local", se implicaba que estos eran sucios por ser empleados por individuos que no solo eran subalternos en rango, sino también superiores en número al reducido núcleo de oficiales. En otras palabras: estos retretes no eran dignos de oficiales³⁶⁴. Este mantenimiento del decoro y la comodidad necesitaba ser reforzado

³⁶² Muchas de estas "comodidades" deben ser puestas en contexto con la deficiente alimentación que generalmente recibían los que integraban el grueso de las tropas: los sectores marginados de la sociedad y, por lo tanto, el interés que mostrarían para asegurar un flujo constante de alimentos o un techo a través del servicio militar. Para un ejemplo en el caso francés a finales del siglo XIX, ver Weber, E. (1976), *Peasants into Frenchmen. The Modernization of Rural France, 1879-1914*. Stanford: Stanford University Press, pp. 299-300.

³⁶³ Archivo Histórico Militar del Perú, 1900, caja n° 2, *Informe del oficial César Gonzales al Coronel Jefe del Estado Mayor General*, 29 de setiembre de 1900.

³⁶⁴ El estado de los servicios higiénicos no fue lo único por lo que protestaban los oficiales empleando términos sanitarios. En el plano mortuario, vemos cómo la higiene sirvió para hacer honor al rango de los oficiales frente a sus subalternos: el cuerpo del coronel Felipe S. Crespo -fallecido en 1899- fue trasladado al "lugar donde se depositan los cadáveres" cuyo estado "inmundo" no estaba en "armonía con los derechos del ejército y con su decoro" al que "tienen lugar sepelios de jefes y

por la higiene y la disciplina, la primera persiguiendo la *mayor* mejoría de unos militares sobre otros correspondiendo al rango, la segunda asegurando la diferenciación de ciertos espacios para determinadas funciones siguiendo criterios jerárquicos.

III. 3. Distribución del personal sanitario militar de 1904 a 1920

Por más manejo de términos comunes que los oficiales pudieran tener con los médicos militares, estos últimos tenían la *expertise* propia de una carrera científica, por lo que su aporte era invaluable para los fines de la reforma del ejército. Dada la gran complejidad que significó llevar a cabo el servicio militar obligatorio de manera permanente, no resultaba sorprendente que los números de personal sanitario hayan sido reducidos considerando los miles de jóvenes que eran llamados a los cuarteles y los beneficios y desventajas que implicaba asimilarse en calidad de galenos. Aquellos que sí aceptaron ser parte del Ejército no esperaron sentados en tales cuarteles la llegada de los conscriptos. La suya fue una profesión que demandaba “[...] llevar esa vida de inestabilidad en las localidades y de sumisión continua a los rigores de la disciplina militar”, como mostraba oficialmente la Memoria de Guerra de 1907, planteando muchos desafíos a los médicos interesados³⁶⁵. Y aunque siempre hubo galenos que hicieron de la sanidad militar su tema de investigación, su vía de acceso a becas y cursos en el extranjero, o actuaron desinteresadamente en beneficio de la Patria, ciertamente no fue una profesión para muchos.

Ya desde los años finales del siglo XIX la participación de cirujanos militares en los movimientos del ejército como expediciones ya era reducida, y en cierta forma creemos que tal situación estaba oficialmente sancionada. Veamos, por ejemplo, la presencia de personal sanitario en la expedición punitiva encabezada por el coronel Domingo Parra hacia Ayacucho en 1896-1897. El Dr. Jesús Quispe Asín, único cirujano presente, tuvo que darse abasto para auxiliar a dos batallones, un regimiento

oficiales”. Al respecto, revisar Archivo Histórico Militar del Perú, 1899, caja n° 1, *General Manuel Velarde al Señor Coronel Director de Guerra*, 18 de abril de 1899.

³⁶⁵ *Personal*, en Memoria del Ministerio de Guerra y Marina (1907), Lima: Imprenta del Estado, p. 44.

de caballería, una sección de artillería y cinco altos oficiales desde Lima hasta Huanta³⁶⁶. En total, el Dr. Quispe Asín debió lidiar con heridas por armas blancas y de fuego, inhabilitación por el soroche, insolaciones, frío y enfermedades gastrointestinales que pudieran presentar un aproximado de 600 soldados, 250 unidades montadas y algunos artilleros. Esto sería extraño para esta época, si los registros oficiales no mostraran la siguiente configuración para el ejército en 1897: “48 jefes, 293 oficiales, 2 cirujanos, 10 armeros y 2282 individuos de tropa”³⁶⁷.

Con el cambio de siglo y los vientos de reforma que soplaban en el ejército, se demandaban nuevos cambios que resolvieran problemas estructurales, como lo era la situación del único hospital militar del país, el de San Bartolomé. En el contexto de la reforma del Ejército y la creación de su servicio sanitario, era imprescindible contar con un sólido cuerpo médico castrense bajo la autoridad del teniente coronel jefe de la Sanidad Militar y Naval. Sin embargo, al estar el hospital militar de San Bartolomé -la pieza más importante del sistema sanitario del ejército-, fuera del control del Ministerio de Guerra desde el siglo anterior, una pregunta se hacía más que evidente: ¿se debía considerar como legítimos miembros de la Sanidad Militar y Naval al personal sanitario militar que laboraba allí?³⁶⁸ Y es que, si bien estos médicos militares y practicantes figuraban en el escalafón del ejército, en la práctica debían responder a la Beneficencia de Lima, institución que en última instancia decidía desde varias décadas antes de qué manera se organizaba el hospital de San Bartolomé y los médicos militares allí presentes. Por ejemplo, no se contó al personal médico asignado al este hospital militar en las cifras del presupuesto del Ministerio de Guerra y Marina para 1905³⁶⁹. Esta irregularidad sería resuelta recién con el esperado paso del referido nosocomio a la órbita del ministerio de Guerra y Marina cinco años después, en 1910³⁷⁰.

³⁶⁶ *Anexo N°2*, en Memoria que el ministro de Guerra y Marina presenta a la Legislatura Ordinaria de 1897 (1897), Lima: Imprenta de El País, p. 5.

³⁶⁷ *Ibidem*, p. VI.

³⁶⁸ Recién tras el 01 de julio de 1910 la dirección del hospital pasaría al Ministerio de Guerra y Marina, decretándose que la orden de las Hermanas de San Vicente de Paul se encargara tan solo de la administración (Archivo Histórico Militar del Perú, 1910, caja n° 8, General jefe del Estado Mayor General Paul Clement al Señor coronel director de Guerra, 01 de julio de 1910).

³⁶⁹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1905, caja n° 3, *Sanidad Militar y Naval*, 01 de enero de 1905

³⁷⁰ Para agosto de 1910 ya estaba en marcha la militarización del personal sanitario de San Bartolomé, siendo el capitán Dr. Carlos Villarán quien estaría al mando del establecimiento, seguido por cuatro médicos, cinco tenientes practicantes internos -incluido el recién egresado Carlos Enrique Paz Soldán-, cinco subtenientes practicantes externos, cuatro sargentos topiqueros y 14 soldados

Además de la impostergable solución respecto de la condición del personal médico del Hospital Militar, quedaba clara para los oficiales sanitarios la necesidad de incrementar la cantidad de personal médico militar extrahospitalario para cumplir con los objetivos de la reforma del Ejército. Los resultados, con todo, fueron insuficientes. Para el 01 de enero de 1905 -ya a casi un año de la fundación del Servicio de Sanidad Militar-, se pasó a contar con 19 galenos de aquellos dos cirujanos militares para 1897 que vimos líneas arriba³⁷¹. Siendo un ejército de 4000 plazas para 1904, cada médico militar debía por lo tanto revisar a unos 210 efectivos³⁷². Siete años después (1912), se pasó de 19 a 20 médicos militares (15 médicos diplomados, cinco practicantes), lo que significó 200 efectivos examinados por cada galeno³⁷³. Esta vez, el incremento de personal fue mínimo. Existe un dato que nos puede ayudar a explicar tal situación: de las seis vacantes para la Sanidad Militar que se pusieron a disposición para egresados de San Fernando en 1905, solo tres fueron ocupadas, lo que suscitó la preocupación del flamante primer jefe del Servicio de Sanidad Militar y Naval, el Dr. Evaristo M. Chávez. En la explicación de Chávez ya se vislumbraba un problema que sería recurrente en los años siguientes:

[...] a pesar del gran número de médicos que cada año salen de la Facultad de Medicina, todos ellos encuentran cabida, sino en una *posición independiente pero holgada*, en los *puestos que dé la Dirección de Salubridad, con renta muy superior y menos restricciones que las que impone el servicio militar*.³⁷⁴ (cursivas nuestras)

En esta cita aparece una institución que se disputaba con la Sanidad Militar los cuadros médicos en el país remitidos por el Estado en Lima. Nos referimos a la Dirección de Salubridad Pública, importante y muy activa dependencia del Ministerio de Fomento en el siglo XX. Se registraron casos en los que sanitarios que trabajaban en el hospital militar eran posteriormente enviados a otros destinos por esta institución, lo cual preocupaba de sobremanera a los altos oficiales de la Sanidad Militar. Para 1911 ya se contaban con casos de abandono de plazas en el

sanitarios enfermeros (Archivo Histórico Militar del Perú, 1910, caja n.º 2, *Hospital Militar de San Bartolomé*, 15 de agosto de 1910).

³⁷¹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1905, caja n.º 3, *Sanidad Militar y Naval*, 01 de enero de 1905.

³⁷² Velásquez, D. (2013). *La reforma militar...*, p. 329.

³⁷³ Paz Soldán, Carlos Enrique (1912) *El Cuerpo de los Médicos Militares en el Perú...*, p. 6.

³⁷⁴ Archivo Histórico Militar del Perú, 1905, caja n.º 3, Dr. Evaristo M. Chávez al ministro presidente de la Junta Superior de Sanidad Militar y Naval, 17 de febrero de 1905.

recientemente militarizado hospital de San Bartolomé. Uno de estos fue el del médico interno Benavente, quien fue derivado por el Ministerio de Fomento “[...] sin conocimiento de la Sanidad para una misión sanitaria a Yslay”³⁷⁵. Lo mismo ocurrió en el caso del interno sanitario Valcárcel, enviado a Catacaos “para una misión sanitaria” también por el Ministerio de Fomento³⁷⁶. Un tercer incidente incluso involucraba puestos fijos de trabajo ofrecidos a un interno sanitario militar apellidado Mac Nulty, el cual fue “[...] designado por el Ministerio de Fomento como ayudante sanitario para Trujillo”³⁷⁷. En última instancia, Mac Nulty aceptó el trabajo, renunciando a la Sanidad Militar.

Queda claro que la práctica privada o puestos en otras dependencias del Estado registraban mayores ingresos y menos rigores que la sanidad militar. Esto era uno de los motivos por los que muchas veces los médicos militares tendían a pasar poco tiempo en las instalaciones castrenses. Las consecuencias, sin embargo, eran sentidas por los militares, especialmente los subalternos. Uno de estos casos ocurrió al poco tiempo de la fundación de la Sanidad Militar. En una noche de octubre de 1905 languidecía el soldado Alberto Flores del regimiento de “Artilería de Montaña” del cuartel de Santa Catalina, requiriendo urgentemente un médico del ejército que lo asistiera ante súbitos “ataques” que le imposibilitan incluso poder comunicarse con sus superiores³⁷⁸. En dicho cuartel, a esas horas no se encontraba galeno alguno, salvo un sargento sanitario, quien “[...] no puede atender sino casos muy leves que no exigen la intervención facultativa”³⁷⁹. En el caso particular de Santa Catalina, el oficial sanitario solo se presentaba a las 7 am para cumplir con su “visita diaria”, empero “[...] durante el resto del día y muy especialmente durante la noche, no vuelve a presentarse”³⁸⁰. Otros casos fuera de Lima ilustran esta problemática, tales como los ocurridos en 1911 en Junín y Abancay. En el primer caso, tratamos con el

³⁷⁵ Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, caja n.º 5, coronel jefe de Sanidad Militar y Naval al Señor General jefe de Estado Mayor General del ejército, 03 de febrero de 1911, p. 2.

³⁷⁶ Ibidem.

³⁷⁷ Ibidem.

³⁷⁸ Archivo Histórico Militar del Perú, 1908, caja n.º 5, Capitán Calvo al Sr. Sargento Mayor jefe de Servicio, 06 de octubre de 1908.

³⁷⁹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1908, caja n.º 5, Oficio al Señor Capitán de Navío ministro de Guerra y Marina, 09 de octubre de 1908.

³⁸⁰ Ibidem.

"gravemente enfermo" subteniente Morales, destacado en Carhuamayo³⁸¹. Lo que se destaca aquí es que el médico seleccionado para auxiliarlo, el capitán Dr. Eudoro Aguilar Oliva, "prestaba su asistencia médica en el cuartel del Arsenal", ubicado en el Callao: debía entonces el referido galeno partir desde aquel puerto y subir hacia la sierra, gran trayecto por más ferrocarril central que pudiese tomar³⁸². Situación más apremiante fue aquella en la que se encontraron cinco soldados enfermos en Abancay, uno de ellos de gravedad, en 1911. Ante la emergencia, el comandante a cargo de los efectivos solicitó la inmediata asistencia de un médico militar, figurando disponible por la proximidad el capitán Dr. Elías Samanez. Según el oficial al mando, este médico "[...] acaba[ba] de hacer esta extraña respuesta, que él no puede ir a Abancay por estar a un día de distancia de esta ciudad atendiendo a ocupaciones de una negociación personal"³⁸³. Al final, se tuvo que buscar otro facultativo para que auxilie de estos soldados, no siendo claro si se logró encontrar uno ante la premura del tiempo.

La falta de personal médico dedicado a tiempo completo, las varias plazas no ocupadas por galenos castrenses y las oportunidades más allá de las paredes de cuarteles y del viejo hospital militar ciertamente hicieron mella en los números del Servicio de Sanidad Militar, como se observaba en el hospital de San Bartolomé. Para cuando concluyó la primera etapa de la vida institucional de la Sanidad Militar tras la partida del Dr. Evaristo Chávez de la dirección, el hospital militar ya estaba bajo el control del Ministerio de Guerra y Marina. Sin embargo, este hito no se tradujo en cambios sustanciales en la presencia médica en tal nosocomio. Sobre este particular, el flamante director de Sanidad Militar coronel Dr. Melot señalaba en un informe "confidencial" al ministro de Guerra de 1911 la evidencia que había recopilado en los siguientes términos:

Los partes diarios demuestran que del 1° al 15 de enero, excepción hecha de solo tres días ha habido que *deplorar en los demás la ausencia de médicos o de practicantes*

³⁸¹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, caja n.º 5, coronel jefe de Sanidad Militar y Naval al Señor General jefe de Estado Mayor General del ejército, 03 de febrero de 1911, p. 1. Como dato adicional, pese a que Carhuamayo se sitúa en Junín, está más cerca de Cerro de Pasco.

³⁸² Ibidem.

³⁸³ Ibidem.

[en San Bartolomé]; para algunos *esta falta se convierte en una costumbre, y el 15 de enero ningún médico ha hecho acto de presencia*. [...] ³⁸⁴ (cursivas nuestras)

Esta instantánea que Melot nos brinda para esta segunda etapa de la Sanidad Militar no incluyó a los soldados sanitarios camilleros y otros que fungían de enfermeros; con todo, la manifiesta falta de personal médico pudo haber llevado a Melot a poner el ribete de “confidencial” a este informe. Habiendo recién ingresado a la dirección de la Sanidad Militar en enero de 1911, críticas como estas le pudieron haber granjeado la enemistad u ojerizas con sus subordinados, especialmente al discutir conductas censurables como las descritas. Armado con una sólida documentación, sentenció Melot en un informe al Ministerio de Guerra y Marina de la siguiente manera:

Séame permitido citar algunos acápites de un oficio (entre muchos otros), bastante antiguo pues tiene como fecha el 19 de enero de 1911... ‘En este hospital, militarizado desde julio de 1910, *nadie es militar, excepto los enfermos y, mejor dicho, la mayor parte de ellos* (hay policías, prisioneros, etc.... [...])’ (cursivas nuestras) ³⁸⁵

Ante los ojos de este médico militar francés, los galenos dependientes del Ministerio de Guerra brillaban por su ausencia. Ahora que ya se contaba con un hospital militar bajo control directo del Ministerio de Guerra y Marina, era necesario reestructurar la distribución del personal sanitario en la capital. Lamentablemente, la crónica falta de galenos en el servicio iba a dificultar ello. Para ilustrar la particular gravedad de la situación Melot mostró los casos de los dos únicos practicantes sanitarios a cargo de gran parte de los pacientes militares en la capital: los subtenientes Dr. Mitrídates Chávez y Dr. Néstor P. Roldán. El primero debió darse abasto para asistir sanitariamente a los batallones N.º 15, 7, y 23 de infantería y el 4to grupo de artillería, repartidos entre los cuarteles de Santa Catalina, Guadalupe y Santa Teresa; el Dr. Roldán, por su parte, cubría el cuerpo de artillería de campaña, el escuadrón de escolta y piquete del Estado Mayor, el servicio topográfico y la Intendencia General de Guerra ³⁸⁶. Como se puede ver, ambos oficiales sanitarios estaban excesivamente

³⁸⁴ Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, caja n.º 5, Señor ministro de Estado en el Despacho de Guerra y Marina al coronel director de Sanidad Militar y Naval Melot, 21 de noviembre de 1911, p. 2.

³⁸⁵ Ibidem.

³⁸⁶ Archivo Histórico Militar del Perú, 1912, caja n.º 7, coronel director de Sanidad Militar y Naval al Señor General jefe de Estado Mayor General del Ejército, 31 de octubre de 1912, p. 2.

sobrecargados en sus funciones: el Dr. Chávez terminaba atendiendo alrededor de 900 efectivos (tres batallones). Mover a uno de estos galenos a otra dependencia equivalía a dejar sin asistencia médica especializada a decenas, sino cientos de militares. Las consecuencias de tal situación minaban cualquier intento serio de reforma en el ámbito sanitario. En tal sentido:

*Esta deficiencia en el número de médicos es muy sensible por cuanto en la actualidad no se puede efectuar labor provechosa en beneficio del soldado, pues con este reducido personal solo es posible curar a los enfermos, pero no hacer higiene para prevenirlo de sus enfermedades; tampoco se puede preparar convenientemente para la guerra a los enfermeros y camilleros. [...]*³⁸⁷ (cursivas nuestras)

Ahora bien, para tener una mirada panorámica de la presencia de médicos militares en la época, es necesario recurrir al escalafón militar, con la finalidad de evaluar si esto se correspondía con la realidad durante la dirección de Melot. Afortunadamente, el Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, médico preocupado por la reducida cantidad de personal sanitario militar, nos proporciona información relevante a este respecto. En base al escalafón general del ejército de 1911, Paz Soldán analizó la cantidad de médicos militares consignados en esta relación, como veremos en el siguiente cuadro:

Cuadro N.º 6: cuerpo sanitario militar en el escalafón militar de 1912³⁸⁸

Clase militar sanitaria	Escalafón de disponibilidad	Escalafón de retiro	Total
Tenientes coroneles	6	7	13
Mayores	5	8	13
Capitanes	10	6	16
Tenientes	3	1	4
Subtenientes	9	1	10
	33	23	56

A simple vista, uno tiene la impresión de que la cantidad de oficiales sanitarios para 1912 era suficiente para dar abasto al ejército peruano: eran 56 galenos para un

³⁸⁷ Archivo Histórico Militar del Perú, 1912, caja n.º 7, coronel director de Sanidad Militar y Naval al Señor General jefe de Estado Mayor General del Ejército, 31 de octubre de 1912, p. 1.

³⁸⁸ Cuadro de elaboración propia empleando la información brindada por Paz Soldán, C. (1912) *El Cuerpo de los Médicos Militares en el Perú...*, p. 33

ejército de alrededor de 4000 plazas. Ello nos lleva a contar con un médico por cada 71 hombres. Estos números positivos ciertamente disputaban el informe del director Melot presentado ese mismo año. Sin embargo, el Dr. Paz Soldán llamaba inmediatamente la atención tras presentar tal información: estas no representaban las verdaderas cifras de facultativos del ejército para entonces. En realidad, el desfase entre las cifras según el escalafón y las correspondientes a la realidad según Paz Soldán era mucho más marcado: de los 56 registrados entre disponibles y en retiro, “[...] desgraciadamente de estos médicos inscritos en el Escalafón, solo siete prestan en la actualidad sus servicios en el Ejército [...]”³⁸⁹. Este dato era más que desolador, pues difícilmente un ejército de 4000 hombres podía mantenerse a flote con solo siete médicos militares activos a nivel nacional. Para presentar esta situación, en otros términos, cada uno de estos profesionales de la salud debía atender a 571 efectivos, cifras no acordes a un ejército profesional.

Todo parecía indicar que de 1912 a 1919 se dieron ciertos cambios positivos respecto a la situación anterior. Según Alarco, se contaban con 22 galenos activos adscritos al ejército para 1919³⁹⁰. Esto era un avance significativo respecto a los reclamos de los directores del Servicio y miembros del cuerpo de sanidad militar enunciados años atrás. Mientras que en la expedición punitiva del coronel Domingo Parra a Ayacucho en 1896-1897 el cirujano mayor Dr. Jesús Quispe Asín debió atender a más de 600 militares, para 1919 la relación médicos/militares había variado positivamente: cada uno de los 22 médicos militares activos debía atender a 182 efectivos, a juzgar por lo señalado por el Dr. Alarco.

Empero, incluso con estos nuevos vientos de cambio viejos problemas volvieron a manifestarse: el aumento de personal médico no se dio de manera homogénea, sino que Lima mantuvo gran parte de estos números. Esto era esperable en una capital que concentraba las oportunidades necesarias para el desarrollo profesional. Las explicaciones sobre fenómenos como estos ya las hemos mencionado anteriormente en el caso de la carrera médica, yendo desde la posibilidad de mantener cátedras y

³⁸⁹ Ibidem

³⁹⁰ Archivo Histórico Militar del Perú, 1919, caja N° 11, Teniente coronel director G. Alarco al Señor General ministro de la Guerra, 05 de febrero de 1919.

clientelas, hasta mayor acceso a laboratorios e investigación en Lima. Veamos a continuación con mayor detalle esta situación:

Cuadro N.º 7: proporciones de efectivos por médico militar para 1919³⁹¹

Región	Efectivos	Nº de médicos	Hombres para cada médico
1º.	1127	4	282
2º	1938	9 + 4(hospital militar)	149
3º	2250	5	450

La 2º región, que agrupaba a los departamentos del centro del país, tenía como cabeza de región a Lima³⁹². Claramente se ve la concentración del personal sanitario del ejército en esa ciudad para 1919, con más del 50% presente allí. Esto era un problema reconocido entonces. Y es que durante la gestión del Dr. Alarco se buscaba llamar la atención del ministro de Guerra publicando esta información con la finalidad de “[...] distribuir proporcionalmente el personal de médicos militares [...]”, evitando así que “[...] la congestión de ellos en la Capital traiga como consecuencia su falta en las guarniciones más alejadas [...]”³⁹³. Este pedido de descentralización del personal sanitario castrense adquirió notoriedad especialmente en un momento en el que se contaba con una mayor cantidad de médicos militares a la de años pasados, ya no solo en el papel, sino en el activo ejercicio de su profesión, atendiendo y revisando al personal militar. Como podemos ver gracias al cuadro elaborado con las cifras brindadas por el Dr. Alarco, para 1919 la proporción de médicos por efectivos en la 3º Región era de 1/450, en la 1º Región 1/282, mientras que en la 2º Región marcaba 1/149³⁹⁴. Estas cifras son ciertamente positivas si las comparamos sobre todo con la

³⁹¹ Cuadro de elaboración propia elaborado con la información presentada en Archivo Histórico Militar del Perú, 1919, caja n.º 11, teniente coronel director G. Alarco al Señor General ministro de la Guerra, 05 de febrero de 1919.

³⁹² La 1º Región (Norte) agrupaba a Tumbes, Piura, Lambayeque, La Libertad, Amazonas y Cajamarca: la cabeza de región era Piura. La 2º Región (Centro) estaba conformada por Áncash, Junín, Huánuco, Lima, Callao, Ica, Huancavelica y Ayacucho, siendo la cabeza de región Lima. La 3º Región (Sur), era integrada por Apurímac, Cuzco, Arequipa, Puno, Moquegua y Tacna: la cabeza de región era Arequipa. Loreto conformaba una circunscripción aparte. Al respecto, consultar Velásquez, D. (2013). *La reforma militar...*, p. 339.

³⁹³ Archivo Histórico Militar del Perú, 1919, caja N° 11, Teniente coronel director G. Alarco al Señor General ministro de la Guerra, 05 de febrero de 1919.

³⁹⁴ Ibidem.

gran carga laboral a la que hicimos mención anteriormente. Aun así, ello no debe distraernos de la situación de los médicos del ejército en otras regiones fuera de Lima. La 3° Región, por ejemplo, mantuvo una proporción de 1/450, cifra altísima pese a los mencionados avances. En otras palabras: las cosas iban cambiando para bien en algunas regiones militares, mientras para otras la situación apenas se alteró. Esta falta de galenos militares privaba a los conscriptos y oficiales de valiosas recomendaciones en materias sanitarias, dificultando así la lucha contra las enfermedades. Sin su supervisión, muchos seleccionados pudieron haber contagiado a sus compañeros de armas. Sin el consejo de los médicos del ejército a los oficiales en provincia, las condiciones de vida de los conscriptos corrían el riesgo de empeorar. Sin el auxilio oportuno, peligraba la existencia misma de los soldados en situaciones de urgencia ubicados fuera de Lima.

III. 4. Las capacidades estadísticas del Servicio de Sanidad Militar en las primeras décadas del siglo XX

La centralización del personal médico militar en la capital del país tuvo otra consecuencia: la capacidad estadística del ejército peruano en materia sanitaria se vio seriamente limitada. Al concentrarse los galenos castrenses en los cuarteles limeños y el hospital de San Bartolomé, era allí donde se producía la información estadística, por lo que había que esperar que primeramente los conscriptos llegaran a Lima. Veamos a continuación cómo se fue configurando este problema a inicios del siglo XX, qué soluciones los médicos militares plantearon y cuál fue el rol que cumplió un sector del cuerpo sanitario castrense, los practicantes de medicina, en la estadística militar peruana.

A lo largo del siglo XIX, el Ejército del Perú fue una institución que encontró muchas dificultades para poder hacerse con información estadística sobre las diversas regiones y poblaciones que ocupaban el territorio nacional. Las cosas empezaron a cambiar para inicios del siglo XX, cuando de manera paulatina oficiales comisionados

fueron recopilando información útil para poder elaborar mapas y diversas estadísticas con el fin de establecer padrones que ayudaran a implementar el servicio militar obligatorio (SMO), uno de los elementos centrales de la reforma militar peruana³⁹⁵.

Similar trayectoria siguió la recopilación estadística de la sanidad militar. En el siglo XIX los registros de este tipo fueron escasos, debido a que no fue necesario contar con tales: no existió un servicio militar obligatorio. Bastó y solo fue posible, en un contexto de constantes guerras civiles, con el reclutamiento forzado e irregular de las tropas para llenar las filas del ejército³⁹⁶. Diferente fue la situación en el siglo XX con la llegada del SMO. Por vez primera el Estado peruano creaba una organización burocrática que conscribía a miles de ciudadanos de diferentes regiones del país y los concentraba en los cuarteles para su adiestramiento militar. Esta nueva situación generó desafíos relacionados a la salud de los conscriptos y a la ejecución misma de la conscripción que requerían el concurso de los galenos al interior del ejército. Se hacía necesaria la construcción de instrumentos de identificación y cuantificación de los atributos sanitarios de los conscriptos, indispensables para el funcionamiento del comando nacional. Para llevar a cabo tal labor de recaudación de información sanitaria, fue necesario adoptar nuevos dispositivos de identificación individual y la estandarización de criterios médicos para el diagnóstico de enfermedades y la elaboración de cuadros estadísticos. Veremos a continuación cuáles fueron los eventos que llevaron al establecimiento de la estadística médica del ejército y consultaremos las fuentes de la época para evaluar si las cifras producidas pudieron servir para cimentar los esfuerzos de la reforma militar en el ámbito sanitario.

Durante el siglo XIX, la estadística estuvo principalmente vinculada con el ejército y el fisco peruanos. Concretamente, la asociación entre censo, levas y cobro de impuestos fue vista como una pesada carga por las poblaciones del interior del país³⁹⁷, para quienes los funcionarios estatales no eran sino agentes de un poder lejano que solo buscaba extraerles años de labores en provincias desconocidas o los pocos bienes que habían acumulado. Sin embargo, para cumplir tales objetivos los

³⁹⁵ Velásquez, D. (2013) *La reforma militar...*, p. 213,

³⁹⁶ Ibidem, p. 312.

³⁹⁷ Ragas, J. (2008) *Ideólogos del Leviatán: Estadística y sociedad en Perú (1790-1876)*, en McEvoy, C. & Aguirre, C., eds., (2008) *Intelectuales y Poder en la Historia del Perú (siglos XVII-XX)*, Lima: Instituto Francés de Estudios Andinos & Instituto Riva-Agüero, p. 19

funcionarios tuvieron que hacer uso de las técnicas de la estadística moderna. Para la segunda mitad del siglo XIX, surgía una mirada cualitativamente más metódica y a la vez más invasiva de la estadística, que no solo se interesaba en las cifras duras o cantidades de habitantes como era en antaño, sino que además buscaba analizar las condiciones de vida y las costumbres de la población³⁹⁸. La necesidad de contar con desagregados demográficos más específicos y con un mayor manejo de data sobre poblaciones particulares requería a la vez el desarrollo de procesos de identificación más sofisticados, labor que fue facilitada por la introducción de la dactilografía y la fotografía³⁹⁹.

Otra de las disciplinas entonces en boga y que confluyó con la estadística fue también la higiene. En unos tiempos en los que -tal como mostramos- se tenía un interés particular en la población peruana, su constitución “racial” y su potencial para el desarrollo nacional, el correcto manejo de cifras era condición necesaria para la intervención médica en el ambiente y los seres humanos que lo habitaban. En ese sentido se expresó a inicios de siglo el Inspector de Higiene de la Municipalidad de Lima, el connotado médico italiano Juan Agnoli, para quien “ninguna higiene racional es posible sin buena estadística”⁴⁰⁰. No resulta del todo extraño entonces que la institución sanitaria más importante del país en 1903 y predecesora del Ministerio de Salud, Trabajo y Previsión Social (1935), la Dirección de Salubridad Pública, tuviera como secciones especializadas una dedicada a la higiene y otra a la demografía⁴⁰¹, ambas vistas como partes constitutivas de una mirada más sistemática de la salubridad y que debía recurrir necesariamente a las técnicas estadísticas para aproximarse a la realidad.

La medicina militar no estuvo ajena a estos desarrollos. Por esos años el Dr. Evaristo M. Chávez, como autoridad máxima de la recientemente inaugurada Sección Técnica de la Sanidad Militar (1904) escribió al director de Guerra para enfatizarle que el Servicio de Sanidad Militar carecía de información estadística para iniciar sus

³⁹⁸ Ragas, J. (2008) *Ideólogos del Leviatán: Estadística y sociedad en Perú (1790-1876)* ... p. 14

³⁹⁹ La fotografía y la dactilografía ya iban siendo empleadas de manera particular en el caso de agregados penitenciarios en América Latina. Para más información, revisar Ragas, J. (2015) *Rostros, Nombres y Huellas. Una historia de la identificación en Perú*, en *Identidad Digital: la identificación desde los registros parroquiales al DNI electrónico*. Lima: RENIEC. p. 477.

⁴⁰⁰ Eyzaguirre, R. (1903) *Higiene y Demografía*. En *Anales Universitarios* (1903), n°348, p. 185.

⁴⁰¹ Bustíos Romani, C. (2004) *Cuatrocientos Años...*, p. 105

funciones. Para Chávez era “menester el conocimiento inmediato y completo de todo el movimiento de altas y bajas por enfermedad o defunción ocurridas en las filas del ejército”⁴⁰². Esta falta de información era parte de un problema que trascendía los límites del ejército: el Estado civilista tuvo serias dificultades para obtener estadísticas globales sobre la población del país⁴⁰³. La Sanidad Militar, como cualquier otro órgano del Estado, se enfrentaba a muchas de estas situaciones, empezando por la falta de registros, su desactualización o la poca rigurosidad de estos. Para 1910, el joven médico militar Carlos Enrique Paz Soldán se contentaba resignadamente con algunos datos proporcionados por las memorias militares oficiales desde la fundación de la Sanidad Militar, escasos en número y cuestionables metodológicamente. Decía Paz Soldán:

*Desgraciadamente, faltan datos positivos para exhibir, en toda su magnitud, el pavoroso cuadro de lo que actualmente acontece, en materia de higiene, en nuestro ejército; y los escasos que contienen las memorias del Ministerio de Guerra y Marina; que son los que me van a servir de base, desde el 2° semestre de 1904 hasta el 1° de 1909; no tienen la minuciosidad que deberían tener, los datos estadísticos, de Instituto tan importante como la Sanidad Militar. [...]*⁴⁰⁴ (Cursivas nuestras)

La Sección de Sanidad Militar tuvo que afrontar otras dificultades más particulares que consumirían muchas de sus fuerzas y, eventualmente, definirían al Servicio como tal. Nos referimos a la imposibilidad de los galenos militares para obtener información en espacios médicos donde se atendía a efectivos del ejército que no pertenecían a la esfera castrense. La demanda sobre dicha información ya había sido hecha por los galenos desde el siglo XIX, los cuales buscaban acceder hospitales que eran manejados por las sociedades de beneficencias. La situación se agravaba más aun en la sierra, donde el ejército no contaba con hospitales militares per se y dependía de las voluntades de los directores de nosocomios civiles para atender a sus heridos.

⁴⁰² Archivo Histórico Militar del Perú, 1904, caja n° 4, Evaristo M. Chávez al director de Guerra, 8 de octubre de 1904.

⁴⁰³ Esta situación era más preocupante si nos referimos a la sierra. Un ejemplo que nos permitirá ilustrar la dificultad del Estado peruano para generar data estadística sobre la población serrana sería el censo escolar de 1902, el cual funcionó de base para las políticas educativas del Estado. Lo agreste del territorio y las grandes distancias que cubrir, la desactualización de las cifras demográficas estatales, además de la tradicional desconfianza y resistencia de las autoridades locales y padres de familia a la presencia de censadores forzaron a los funcionarios a recurrir al censo de 1872 (Contreras, C. Y Oliart, P., 2014, *Modernidad y educación...*, p. 24.)

⁴⁰⁴ Paz Soldán, C., (1910) *La medicina militar y los problemas nacionales...*, p. 21.

Para ilustrar estas dificultades contamos con un caso de 1915, en el cual un oficial a cargo de una de las guarniciones de Cusco identificado con el grado de coronel escribió directamente a la Sanidad Militar. El motivo de la misiva fue notificarle que, pese a sus esfuerzos para lograr que funcionarios de la Beneficencia del Cusco permitieran el ingreso de médicos militares al nosocomio, estos no habían podido ingresar. Es decir, el personal militar internado en los únicos hospitales disponibles en Cusco no podía ser visto por médicos militares, porque los galenos civiles de la sociedad cusqueña de beneficencia no lo permitieron. El telegrama del coronel La Rosa versaba así:

Durante algunos meses conseguí que [la] Beneficencia permitiera [que el] jefe [del] servicio [de sanidad militar] visitara [la] sala militar, pero *médicos civiles que siempre han opúestose obtuvieron que beneficencia reconsidere su acuerdo anterior y desde este mes [que] médico militar asista [la] sala militar.* Anterior inconveniente no ha permitido establecer escuela [de] enfermeros [militares].⁴⁰⁵ [...] (Cursivas nuestras)

Este desconocimiento de la condición médica y la situación de los enfermos castrenses acarreó serias consecuencias, pues en tales espacios carentes de la supervisión de los galenos militares las medidas adoptadas para evitar la proliferación de enfermedades resultaron insuficientes. Entre los más serios efectos estaba la proliferación de la tuberculosis, una vieja compañera de la vida militar. Esto prácticamente imposibilitaba el conocimiento de las magnitudes de las incidencias sanitarias para alcanzar representaciones globales de la salud en el Ejército. De allí que el entonces capitán Dr. Carlos Enrique Paz Soldán señalara en 1912 que “no existen documentos estadísticos suficientes y completos para apreciar íntegramente la extensión de la tuberculosis en el ejército”⁴⁰⁶. A pesar de estas carencias, Paz Soldán concluyó en una de sus conferencias en la Escuela Superior de Guerra que, desde 1904 hasta 1912, se tuvo 2000 “bajas” por tuberculosis, de los 10 000

⁴⁰⁵ Archivo Histórico Militar del Perú, 1915, caja n° 3: coronel La Rosa al director de la Sanidad Militar (telegrama), 08 de enero de 1915. Vemos en esta cita otra consecuencia de la imposibilidad de los médicos de la sanidad del ejército para acceder a salas militares en hospitales civiles: la merma en la enseñanza de la enfermería militar. Como habíamos comentado anteriormente, en 1914 el director de la sanidad militar, el Dr. Alarco había autorizado que enfermeros al servicio del ejército se formaran en provincias, en un intento por resolver la escasez y excesiva centralización en Lima de este tipo de personal. El coronel La Rosa, un año después, mostraría las dificultades que tendrían que resolverse para poner en práctica lo propuesto por Alarco.

⁴⁰⁶ Paz Soldán, C. (1912) La tuberculosis en el ejército peruano..., pp. 732-733.

conscriptos remitidos de todo el país aptos para iniciar el servicio militar⁴⁰⁷. Según él, estas bajas costaron al fisco 50 000 libras de oro en los tratamientos, la manutención y el transporte a las zonas de origen de los conscriptos tísicos que tuvieron que ser devueltos por enfermos. Más allá del intento de Paz Soldán por calcular estas pérdidas del ejército en base a documentos que no necesariamente eran suficientes y completos, destacan sus esfuerzos por llamar la atención de las autoridades militares presentando al problema como no solamente restringido a la salud de conscriptos indígenas, sino también como perjudiciales para el presupuesto del ejército.

¿Qué acciones tomaron los galenos militares para obtener mejor y más confiable información médica en el ejército? En primer lugar, desde la formación del cuerpo de sanidad militar en 1904 se buscó hacer de la correcta identificación del personal castrense la pieza fundamental de la estadística médica. Al momento de la selección de conscriptos, se requería la presencia de médicos en las juntas conscriptoras⁴⁰⁸. Criterios como la estatura, las formas de ojos, labios, nariz y otros rasgos relacionados estaban presentes en los documentos de filiación como los campos estándares a rellenar según los formatos establecidos en todo el territorio nacional. Los certificados de conscripción desde finales del siglo XIX hasta los primeros años de 1900 contenían entre 11 y 12 de estos criterios fisionómicos⁴⁰⁹. Para esos mismos años también se incluyó la “compleción” y el “temperamento” en los registros militares⁴¹⁰. En pro de

⁴⁰⁷ Paz Soldán, C. (1912) *La tuberculosis en el ejército peruano...*, p. 739.

⁴⁰⁸ Velásquez, D. (2013). *La reforma militar...*, pp. 332-334.

⁴⁰⁹ Los criterios presentes en el “Certificado personal de remisión de voluntarios” del Ejército del Perú para la primera década del siglo XX eran: estatura, edad, color, cara -en cuanto forma-, ojos -color-, cejas, nariz, boca, labios, barba y “señales particulares” tales como cicatrices o lunares.

⁴¹⁰ Para inicios del siglo XX se seguía recurriendo a la teoría psicológica basada en la medicina hipocrática. Según esta teoría, se contaba con cuatro tipos de personalidad, determinada cada una por la prevalencia de uno de los humores sobre los otros: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema. Se tenía así a personas con el temperamento “sanguíneo”, guiados por el ímpetu; con el temperamento “flemático” o “linfático”, calmados e indiferentes; los “melancólicos” eran los abatidos anímicamente, con mayores niveles de bilis negra; y los “coléricos”, agresivos y con el predominio de la bilis amarilla. A propósito de la gran prevalencia de tuberculosis en los conscriptos, el médico militar Luis de Piérola definió a la raza indígena como “raza linfática”, es decir, más propensos a la calma, la reserva e indiferencia mencionadas anteriormente. Este perfil psicológico tendría repercusiones en el cuerpo de los soldados indígenas, considerado menos robusto y poco activo a diferencia de los enérgicos “sanguíneos”, más dinámicos. Esbozaba entonces Piérola que el “cuerpo linfático” indígena sería más propenso a la tuberculosis, al ser visto este como más delgado. Al respecto, ver De Piérola, L. (1907) *La profilaxis en la tuberculosis en el ejército...*, p. 219. En el acápite de “Anexos” veremos un certificado de voluntario para 1902 en el que ya se tenía incluido los rubros “compleción” y “temperamento”, aunque estos fueron los únicos espacios que no fueron llenados por el registrador militar (pp. 236-239).

facilitar esta tarea, fue necesario en primer lugar estandarizar el lenguaje médico sobre las enfermedades de interés militar, considerando que la conscripción era el primer nivel en el que se evaluaba la salud de los reclutas. La adopción de una nomenclatura general donde se estableciera qué enfermedades ameritaba el rechazo de los conscriptos, el licenciamiento prematuro o el tratamiento médico, fue efectivamente una esas tempranas medidas que tuvieron gran relevancia para la estadística médica castrense⁴¹¹. En 1905 se sancionó oficialmente la primera estandarización de este tipo, decretándose que “la estadística médica del ejército se sujetará en cuanto a la[s] enfermedades a la nomenclatura expresada”⁴¹². Tres años más tarde, en 1908, el jefe de la Sanidad Militar, el Dr. Evaristo Chávez, presentó una nomenclatura más detallada para muchas de las condiciones médicas concebidas en la relación de 1905, enfatizando cuáles eran los casos que requerían la inmediata inhabilitación del servicio militar⁴¹³. Sería labor del personal sanitario militar del siguiente decenio aplicar todos estos saberes a la práctica y diseñar herramientas para un mejor diagnóstico y, por extensión, registro estadístico de la salud en el ejército.

En 1910 Carlos Enrique Paz Soldán introdujo en el debate la creación de una “libreta sanitaria del conscripto”, la cual debía contener información antropométrica, biológica y patológica del efectivo, un documento que registraría de manera inicial la historia médica del conscripto. Contar con esta libreta cumplía el anhelo de mejorar el proceso de identificación del soldado, a la vez que ofrecía a la sanidad militar información relevante que facilitara el diagnóstico. Para Paz Soldán, el papel del médico militar en el llenado de esta libreta era determinante dada la complejidad de esta tarea, si es

⁴¹¹ Revisar “Anexos” (pp. 236-238), donde no hablamos ya de conscriptos, voluntarios o soldados, sino de cabos. Este fue el caso del cabo del batallón N° 11 Fermín Marmanillo, registrado en Puno. Aquí sí se llenaron los rubros de “complexión” y “temperamento” con “fuerte” y “linfático”, respectivamente.

⁴¹² *Nomenclatura de enfermedades para el servicio sanitario del Ejército*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina (1905) n° 13, p. 1322. Oficialmente se reconocieron 17 rubros de enfermedades que ameritaban asistencia médica por el personal de la sanidad militar, siendo el criterio diferenciador el aparato al que el órgano afectado pertenecía (e. g. “enfermedades del aparato circulatorio y linfático”), además de las típicas lesiones por heridas. Incluía también al suicidio, “muertes accidentales” y “accidentes producidos por acción directa del calor o del frío”. Cada uno de estos rubros presentaba diferentes enfermedades y condiciones médicas, contabilizándose en total 275 de estas, yendo desde la sífilis, uñas encarnadas, tuberculosis en sus diferentes formas, hasta acné, espermatorrea y la histeria.

⁴¹³ Chávez, E. (1908) *Defectos físicos y enfermedades incurables que inhabilitan para el servicio de las armas*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina (1908), n° 8, pp. 449-465.

que se quería “una estadística hecha con un alto criterio científico por profesionales médicos diplomados”⁴¹⁴ Este autor no incidió en su acotación sobre “médicos diplomados” gratuitamente: uno de los problemas que afectaba la confección de las estadísticas sanitarias fue la participación de practicantes de medicina en los cuarteles de Lima. Ya desde 1905 el Dr. Evaristo Chávez advirtió los inconvenientes de la presencia de estos estudiantes⁴¹⁵, y el mismo Paz Soldán volvió cinco años más tarde a cuestionar el hecho que los practicantes tuvieran tan importante y compleja responsabilidad entre sus tareas y no galenos egresados:

[...] La más completa [estadística sanitaria] que existe es la que se refiere a la guarnición de Lima desde marzo de 1907 hasta la fecha, debido a los cuidados de los cirujanos de la Sección Técnica, Alarco y Fernández Dávila. *Desgraciadamente como los datos primarios, es decir el diagnóstico y otros, que le sirven de base, son los que suministran los oficiales sanitarios, alumnos de 5º año de Medicina muchas veces, resulta que estas estadísticas [...] no merecen completa fe [...]*⁴¹⁶ (cursivas nuestras)

La idea de establecer una libreta sanitaria circuló entre las propuestas que hicieron los galenos en pro de mejorar la sanidad militar por varios años a causa de las múltiples posibilidades que ofrecía la abundante información de identificación y condición física que este documento prometía contener. La propuesta de Paz Soldán en tal sentido es destacable en cuanto los criterios que ofrecía el llenado de tal documento:

La base de una estadística médica del ejército [...], consistiría en la adopción inmediata de la Libreta Sanitaria del Conscripto, [...] en la que deberían constatar: el número del concripto; el cuerpo de ejército a que pertenece; nombre y apellido; oficio en el estado civil; edad; lugar de nacimiento y procedencia; *época y modo de conscripción*; taras orgánicas; *antecedentes hereditarios* y patológicos; talla en centímetros, peso y curva del peso; perímetro torácico; *el resultado general del examen completo en el momento de su incorporación*, de sus distintos órganos y aparatos; [...] y por último la *fórmula dactiloscópica y demás documentos de identidad [...]*.⁴¹⁷ (Cursivas nuestras)

⁴¹⁴ Paz Soldán, C. (1910) *La medicina militar y los problemas nacionales...*, p. 51.

⁴¹⁵ Archivo Histórico Militar del Perú, 1905, caja n° 3, Evaristo M. Chávez al Señor ministro presidente de la Junta Superior de Sanidad Militar y7 Naval, 17 de febrero de 1905.

⁴¹⁶ Paz Soldán, C. (1910) *La medicina militar y los problemas nacionales...*, p. 51.

⁴¹⁷ Ibidem.

De esta manera, la propuesta de una libreta sanitaria claramente trascendió los fines de identificación porque no se debía reducir exclusivamente a criterios de filiación tales como la edad, la identidad, la huella dactilar y el cuerpo del ejército al que se pertenecía. Fue más que todo una suerte de historia médica, posibilitando una mirada procesal a los galenos que les permitía observar el desenvolvimiento de la salud del conscripto en una dimensión temporal. Debía constatarse la “época y modo de conscripción”, “el resultado general del examen completo en el momento de su incorporación” y hasta los “antecedentes hereditarios”. Sobre esto último, vale precisarse que ello implicaba también una mirada eugenésica, una suerte de control hereditario tan acorde con la doctrina autogénica que explicamos anteriormente y de la cual Paz Soldán fue su connotado difusor. Pasado, presente y las posibilidades de un futuro debían estar registradas en dicha libreta, inventariando todo aspecto del soldado para provecho del médico militar interesado. Se revelaban así las tendencias y potencialidades del desarrollo del cuerpo y la mente de cada conscripto. El llamado fue recogido por otro médico, Carlos Villarán, para quien la libreta sanitaria debía alcanzar niveles precisos de detalle, ya que con solamente con ese nivel de profundidad sería posible intervenir sanitariamente sobre el soldado:

[...] cada conscripto deberá ser provisto de su respectiva libreta sanitaria; *las anotaciones exactas en ella consignadas* permitirán a los médicos de cuerpos *darse cuenta cabal de las más pequeñas variaciones que se produzcan en la salud del soldado*, con lo que podrá conseguirse una labor verdaderamente profiláctica.⁴¹⁸
(Cursivas nuestras)

Como hemos visto, estos médicos militares resaltaban recurrentemente la necesidad de contar con datos sólidos, conseguidos en base a un intenso proceso de observación tanto en múltiples dimensiones y rubros (Paz Soldán), a niveles detallados y sutiles (Villarán), así como a lo largo del tiempo (ambos galenos). Enfocado más en los rasgos antropométricos y claramente influido en los modelos policiales de identificación de la fotografía antropométrica y la dactilografía, el Mayor

⁴¹⁸ Villarán, C. (1911) *La militarización y la sanidad militar*, en Revista Universitaria (1911), año VI, vol. I, p. 342. Para percatarse de tales “pequeñas variaciones”, el conscripto debía estar sujeto a observación constante. Villarán sostenía que “la vigilancia estricta, inmediata y frecuente de cada soldado permitiría descubrir no solamente los estados patológicos, sino lo que es más importante, las inminencias morbosas y prevenir en consecuencia muchos males que sería muy difícil curar más tarde” Villarán, C. (1911) *La militarización y la sanidad militar...*, p. 342.

Dr. Guillermo Fernández Dávila se sumó a la discusión sugiriendo en 1917 adoptar una Célula de Identidad, “[...] semejante a la otorgada por la Oficina de Identificación de Policía [...]”⁴¹⁹. Este galeno militar, no obstante, ponía especial énfasis en el correlato necesario del registro individual de la historia médica de los soldados y la practicabilidad de construir estadísticas sanitarias “reales” en las filas del ejército. Ya estandarizada la terminología médica y contando con la presencia de diferentes propuestas de libretas y fichas de identificación, era necesario contar con un archivo que resguardara todo este acervo. Ciertamente, el ministerio de Guerra y Marina contaba con su propia área de manejo documental, pero para el Dr. Fernández Dávila ello no era suficiente: se necesitaba que cada una de las cinco regiones militares tuviera su archivo propio:

Como sería necesario conservar los datos de identificación del personal de tropa del ejército, para posteriores necesidades, procurando centralizar lo más posible los elementos recopilados, sería conveniente establecer *en cada cabeza de región un archivo de ellos, el cual podría estar al cuidado del Servicio de Sanidad divisionario.* [...] ⁴²⁰ (Cursivas nuestras)

El Dr. Fernández Dávila fue incluso más allá: sugirió este médico que los nuevos archivos “podrían” estar bajo la dependencia de la Sanidad Militar. Serían así los galenos quienes velaran por el correcto proceso de centralización de datos fijando de “manera científica” la personalidad de cada individuo⁴²¹. Solo así se garantizaba el acceso a los registros militares: ellos debían tenerlos bajo custodia. Lamentablemente, no se tiene constancia si esta propuesta de centralización de datos presentada por el Dr. Fernández Dávila tuvo eco entre los tomadores de decisiones del Ejército. Tal como hemos visto anteriormente, se adoptaron una serie de importantes criterios fisionómicos y una nomenclatura médica para estandarizar diagnósticos sanitarios e informes frente al gran desafío que representó para la sanidad militar el servicio militar obligatorio con sus miles de conscriptos (SMO). No obstante, propuestas de mayor trascendencia como las libretas sanitarias o la

⁴¹⁹ Fernández, G. (1918) *Procedimientos de identificación personal en el ejército*, en Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, año XVI, n° 2, pp. 94-95. La “Cédula de Identidad” propuesta por el Dr. Fernández se encuentra en uno de los Anexos (p. 239).

⁴²⁰ Fernández, G. (1918) *Procedimientos de identificación personal en el ejército...*, p. 93.

⁴²¹ Fernández, G. (1918) *Procedimientos de identificación personal en el ejército...*, p. 84

creación de archivos sanitarios militares no tuvieron aplicación -al menos- en las primeras dos décadas del siglo XX. En un momento en el que miles de conscriptos circulaban en el territorio nacional yendo por largas temporadas a los cuarteles, no se tuvo un correlato con la estadística sanitaria de esos jóvenes efectivos que muchas veces llegaban enfermos desde sus lugares de origen. A continuación, analizaremos las condiciones materiales en las que vivieron los conscriptos señalados en estas estadísticas, donde durmieron, dónde comieron, donde se enfermaron, los lugares donde se curaron y -lamentablemente- dónde murieron.

Capítulo IV

Análisis de la infraestructura militar en las primeras décadas del siglo XX

Hasta ahora hemos visto al turbulento siglo XIX peruano con sus enfermedades y heridas de guerra, con los egresados y estudiantes de medicina que las curaban mientras redactaban sus tesis a la par. Sobre este periodo en cuestión hicimos énfasis en la importancia que adquirió la ciencia durante el periodo de la Reconstrucción Nacional, el papel que los médicos y los oficiales tuvieron en este proceso, además de la confluencia entre discursos científicos, higienistas, militaristas y raciales para explicar los problemas del país y plantear soluciones a la grave crisis de entonces. Finalmente, analizamos los beneficios y las desventajas que los médicos sopesaron para asimilarse al ejército, las relaciones entre los galenos militares y sus oficiales en el siglo XX, así como el surgimiento de un incipiente espíritu de cuerpo entre los primeros, todo esto en el marco de la creación de una institución trascendental: la Sanidad Militar y Naval de 1904.

La labor de esta importante institución empezaba desde que los conscriptos eran observados por primera vez en sus departamentos de origen por los médicos titulares locales -o en su defecto, empíricos- y continuaba en Lima, que era la ciudad donde ellos iniciaban el servicio militar obligatorio tras ser examinados por los médicos militares allí radicados. Posteriormente, estos galenos del ejército acompañaban a los conscriptos a lo largo de su servicio militar, tanto si pernoctaban en vivacs como si permanecían en sus habitaciones, tanto si enfermaban como si estaban sanos. Vemos que todas estas labores necesitaban de infraestructura donde se pudieran llevar a cabo y diferentes materialidades que pudieran ser empleadas para mejorar la calidad de vida de la tropa. En este capítulo vamos a evaluar si la reforma militar peruana tuvo lugar en cuarteles saneados y bien abastecidos, cómo vivieron en ellos los soldados durante el invierno y en el verano, dónde se curaban y enfermaban, donde se licenciaban y hasta dónde estos jóvenes conscriptos exhalaban el último suspiro, lejos de sus hogares. Veremos a continuación cómo la constatación de estas

condiciones materiales militares en las que los efectivos se formaban y vivían tuvo un gran impacto a la hora de fomentar una nueva y necesaria cultura sanitaria militar en el ejército peruano a fines del siglo XIX e inicios del siglo XX.

IV. 1. Hacia los distantes cuarteles: viaje de los conscriptos desde las provincias a Lima

Para inicios de la centuria, las disposiciones del Ministerio de Guerra y Marina habían designado a Lima como la localidad que recibiría a los conscriptos de todo el territorio⁴²². Sin embargo, creemos que los problemas para la sanidad militar no empezaron en la capital. A nivel provincial, las comunidades indígenas tuvieron capacidad de negociar frente a los esfuerzos de los funcionarios estatales para llevarse a los jóvenes a servir en el ejército, algo que se vio desde el siglo XIX pese a los cambios en las formas de reclutamiento⁴²³. Esto nos lleva a considerar que, frente a la falta de mano de obra en regiones serranas, las comunidades enviaban a los jóvenes enfermos o con menor productividad, manteniendo a los más trabajadores para cuando se inició el SMO (1898) hasta la década de 1910. En el caso de colonos dentro de una hacienda, el hacendado podía retener a los hombres más aptos para las labores agrarias, enviando al ejército a los más enclenques⁴²⁴. Por último, debido a la gran discrecionalidad de los reclutadores y oficiales al mando, muchos de los llamados "vagos" fueron los que terminaron sirviendo sin considerar su estado físico⁴²⁵. Todo esto terminó repercutiendo en la salud de los contingentes que finalmente integraron el ejército por estos años.

Las ventajas que posicionaban a Lima como el lugar más adecuado para recibir a los conscriptos también implicaba, no obstante, ciertas dificultades. En primer lugar, llegar a Lima desde las provincias del interior del país podía ser un arduo proceso con

⁴²² Tener en cuenta que desde 1901 Lima fue concebida como la ciudad que iba a recibir a los conscriptos del servicio militar obligatorio. Revisar al respecto Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1911, n.5, p. 257. Esto ya había sido reconocido incluso en el siglo XIX, siguiendo la concentración militar los patrones de asentamiento del centralismo del país: 30% de la población castrense residía en Lima (McEvoy, C. & Rabinovich, A. (2018) *Tiempo de guerra...*, pp. 512-513.

⁴²³ Méndez (2012) *Las guerras olvidadas del Perú...*, p.61

⁴²⁴ Velásquez (2019) *La reforma de la conscripción...*, p. 219

⁴²⁵ Toche, E. (2005) *Servicio militar y la construcción nacional: notas sobre el origen de la institución*. En Investigaciones Sociales, 9 (14), pp. 400-405

muchos problemas de por medio. La fragosidad del terreno en la sierra, el mal estado de los caminos carreteros, el carácter desértico de la costa y la falta de lugares para pernoctar debían tenerse en consideración para emprender todo tipo de viaje⁴²⁶. Incluso antes de salir de las capitales departamentales, los conscriptos pasaban sórdidos momentos en inapropiados espacios, como denunciaba el médico titular de Trujillo Enrique Blondet desde esa ciudad a modo de defensa ante la acusación de la Sanidad Militar de enviar a Lima a conscriptos enfermos en 1908:

*Pero estos individuos [los conscriptos] principian permanecer acuartelados aquí en salas inmundas sin higiene de ninguna clase, mientras se les traslada a la capital donde cambiar completamente de vida y de costumbres.*⁴²⁷ (cursivas nuestras)

Así como la mínima idoneidad de estos espacios, debemos tener en cuenta las largas semanas que estos conscriptos pasaban en estos cuarteles de paso en provincia, lo cual perjudicaba su estado de salud. El mencionado mayor Fernandini también nos brinda información al respecto para 1911:

Conocemos también que, una vez salido el conscripto, del distrito de origen, y no obstante estar ya en poder de la junta conscriptor, *en la capital de provincia, es encerrado, por dos, y hasta por tres meses, en lugares antihigiénicos*, privado, generalmente del socorro diario a que tiene derecho, [...] ⁴²⁸ (cursivas nuestras)

Por lo visto hasta ahora, es posible sostener que los conscriptos ya estaban expuestos a la insalubridad mucho antes de siquiera pisar un cuartel propiamente dicho. Creemos que el conocimiento de estos hechos y las manifiestas consecuencias de los largos viajes en la salud de los conscriptos tuvieron parte en la reorganización del territorio nacional en cinco regiones militares de 1907, cada una de las cuales debía contar con un servicio regional de sanidad militar para hacer frente a los conscriptos locales⁴²⁹. Como mencionaba el oficial de artillería Nicanor Beúnza sobre los beneficios de la reforma regional militar:

⁴²⁶Contreras, C. (2008) *Caminos, ciencia y Estado...*, pp. 637-639; Toche, E. (2008) *Guerra y Democracia...*, p. 71. Marchar en la sierra podía incluso acarrear la muerte de militares: en 1899 se registró la muerte de un miembro de la tropa comandada por el oficial Hipólito Hurtado a causa de un "ataque cerebral producido por la insolación". (Archivo Histórico Militar del Perú, 1899, caja n°1, Hipólito Hurtado a Señor General Jefe de Estado Mayor General del Ejército, 28 de julio de 1899.

⁴²⁷Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, caja n°3, Dr. Enrique R. Blondet al Sr. Prefecto del Departamento [de Trujillo], 17 de diciembre de 1908. Debemos tener en cuenta, sin embargo, que con esta argumentación Blondet buscaba evitar ver su sueldo descontado por remitir conscriptos con problemas de salud. Con todo, la imagen que presenta no está lejos de las condiciones en las que los conscriptos vivían antes de llegar a los cuarteles de Lima.

⁴²⁸ Fernandini, D. (1911) "Conveniente reglamentación del servicio militar obligatorio". En Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1911, n. 4, p. 183

⁴²⁹ Anteriormente se dio una reforma en la demarcación militar del territorio peruano: tres regiones militares (Norte, Centro y Sur). Al respecto, consultar Velásquez, D. (2019) La reforma de la

Entre los muchos beneficios de la nueva organización regional militar, consignaremos: a) La reducción a dos años del servicio militar obligatorio; *servicio que se hará en la misma región, sin cambiar de clima ni régimen alimenticio.*⁴³⁰ (cursivas nuestras)

Esta reglamentación entró en vigor a través de decretos supremos en 1911⁴³¹. A partir de entonces Lima solo recibiría conscriptos de la flamante IV Región a la que pertenecía la capital. Esto no significa, con todo, que las marchas de los conscriptos desaparecieron. Muchas de estas regiones militares estaban compuestas por departamentos heterogéneos, donde las distancias eran manifiestas y, por lo tanto, era de esperarse que las dificultades anteriormente descritas se volvieran a presentar. Para muestra, veamos la configuración de la renombrada II Región para 1916, a más de un año de ya implantada la reorganización regional militar.

Cuadro N. °8:⁴³²

Distribución del contingente ordinario de la clase de 1916 correspondiente a la Segunda Región Militar				
Cifra de llamamiento: 1056 hombres				
Circunscripción	Departamento	Provincia	Inscritos en 1916 (21 años edad mínima)	Cifra de llamamiento
5ta	Huánuco	Huamaltes	109	14
		Marañón	125	18
		Huánuco	119	18
		Ambo	80	11
		Dos de Mayo	147	21
	Junín	Pasco	440	61
		Tarma	307	42
		Yauli	229	31
		Huancayo	312	50
		Jauja	317	50
6ta	Lima-Callao	Chancay	389	55
		Canta	96	14
		Lima	2145	316
		Huachochiri	147	22
		Callao	458	66
		Cañete	339	48
		Yauyos	176	24
	Ica	Chincha	45	6
		Ica	146	21
		Pisco	6	1
7ma	Huancavelica	Tayacaja	53	8
		Huancavelica	119	17
		Angaraes	53	8
		Castrovirreyna	49	7
	Ayacucho	Ayacucho	80	12
		Huanta	58	8
		La Mar	66	9
		Cangallo	70	10
		Fajardo	128	19
		Lucanas	270	38
Parinacochas	198	30		
Suma			7276	1055

Fuente: AHMP, 1915, caja n°3. Distribución del contingente ordinario de la clase de 1916 correspondiente a la Segunda Región Militar, 12 de setiembre de 1916.

conscripción en el Perú en el tránsito del siglo XIX al XX..., p. 230. Posteriormente, vemos que para 1921 se reorganizó una vez más las regiones militares, contando con la Primera Región (cabeza: Lambayeque), Segunda Región (cabeza: Lima), Tercera Región (cabeza: Arequipa), Cuarta Región (cabeza: Cuzco) y Región de Selva (cabeza: Loreto). Revisar Comisión Permanente de la Historia del Ejército del Perú (2001) *Compendio de Historia General del Ejército del Perú. 3000 años de historia*. Lima: Oficina de Información del Ejército, p. 259

⁴³⁰ Beúnza, N (1911) "Servicio Militar del País". En Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1911, n5, p. 260.

⁴³¹ Ibidem.

⁴³² Cuadro de elaboración propia. Esta región estaba conformada por los departamentos de Lima, Huánuco, Junín, Callao, Ica, Huancavelica y Ayacucho, siendo la cabeza de esta región -y el lugar de destino de los conscriptos- la capital de la República.

En el caso de Ayacucho, por ejemplo, los 166 conscriptos que partieron en 1916 hacia Lima -cabeza de la II Región Militar-, recorrieron un largo trayecto que implicaría descender desde los 2518-2746 metros sobre el nivel del mar hasta la costa, transitando entre las serranías y/o el desierto costero. Tras haber recorrido toda esta distancia, finalmente alcanzarían los cuarteles de Lima. Como veremos a continuación, en este lugar encontrarían alojamiento el cual, sin embargo, estaba muy lejos de ser idóneo en términos higiénicos para estos cansados y debilitados jóvenes.

IV. 2. Condiciones infraestructurales y de habitabilidad de los cuarteles a finales del siglo XIX e inicios del XX

IV. 2. 1. Una reforma con pocos catres: análisis de las condiciones del mobiliario militar a finales del siglo XIX e inicios del XX

A lo largo del siglo XX, las tropas que formaron parte de los tantos cuerpos militares que recorrieron el territorio nacional tuvieron que agregar a sus tribulaciones aquellos agrestes e inhóspitos caminos que conectan las irregulares regiones del país. Ni qué decir de los cuarteles: la disponibilidad de cualquier espacio era más urgente que las condiciones en las que se encontraba. Entonces, para aquellos ejércitos la salud de las tropas no estaba entre las primeras prioridades: muchos de los que conformaban el grueso de la tropa habían sido levados compulsivamente de sus hogares. Pero con los nuevos aires de reforma militar en la década de 1890 y el interés en *formar* soldados para la defensa de la Patria y la modernización del país, los criterios y preocupaciones cambiaron a la hora de hablar de infraestructura militar. Veamos a continuación cómo sucedió este proceso.

Hablar de cuarteles según criterios de finales del siglo XIX es referirnos, en primer lugar, a un lugar donde los efectivos militares pudieran guarecerse de los elementos que pusieran en riesgo su salud. Asimismo, con la mayor presencia de las doctrinas higiénicas en el país se juzgaba a un cuartel por la capacidad de salubre alojamiento que ofrecía a las tropas que en él residieran. Para esto, no basta con la infraestructura: el cuartel también debía contar con ciertos elementos imprescindibles que permitieran

la comodidad del efectivo, tales como camas -catres, las tarimas-, las frazadas o sábanas, así como espacios reservados al cultivo de la higiene, dentro de las cuales destacaban los servicios higiénicos y las duchas. Por si fuera poco, las condiciones infraestructurales debieron seguir lineamientos administrativos y distributivos del espacio propios de la disciplina militar, con áreas reservadas para determinadas funciones, fomento del espacio individual y diseños que facilitaran la constante vigilancia y el control total de los conscriptos por oficiales y personal sanitario en un ambiente de clausura como debía ser el cuartel⁴³³.

En el caso peruano, tras la debacle de la Guerra del Pacífico, empezaba a llamar la atención, en primer lugar, la falta de cuarteles propiamente dichos: muchos de estos eran conventos reconvertidos, o incluso casas particulares rentadas⁴³⁴. Peor aún, no se tenían siquiera frazadas con las cuales los conscriptos entonces recién llegados a Lima pudieran cubrirse y evitar enfermedades respiratorias. Esto fue denunciado ya en 1895 ante el mismo ministro de Guerra, como lo hizo desde Lima el oficial Nicanor Eléspuru, sosteniendo alarmantemente que “[...] la existencia de frazadas en almacenes del Estado está completamente agotada [...]”, tras él querer aprovisionar a sus tropas estacionadas en Pisco con 50 frazadas⁴³⁵. Episodios de este tipo hubieran pasado desapercibidos, si no fuera porque en 1898 se volvió a presentar un episodio similar, pero en pleno invierno (06 de setiembre) y porque las tropas en cuestión -acantonadas en Lima- llevaban ya dos años sin frazadas:

Tengo el honor de dirigirme a U. S. manifestándole que *hace el espacio de dos años que carece el cuerpo de mi mando de las frazadas y morrales correspondientes, prendas que son de suma necesidad para el soldado, especialmente las primeras, en la estación del invierno, y como cada día se hacen más necesarias e indispensables [...]*⁴³⁶ (cursivas nuestras)

⁴³³ Foucault, M. (2002) *Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, p. 138. Sobre las dinámicas que ocurren en una institución que aspira a ser total en su alcance entre sus internos y un grupo supervisor que los vigila, véase Goffman, E. (2001) *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, pp. 18-19.

⁴³⁴ McEvoy, C. & Rabinovich, A. (2018) *Tiempo de Guerra...*, p. 510.

⁴³⁵ Archivo Histórico Militar del Perú, 1895, Caja N°1, oficial Nicolás Eléspuru al Ministro en el Despacho de Guerra y Marina, 09 de enero de 1895.

⁴³⁶ Archivo Histórico Militar del Perú, 1898, Caja N°1, Manuel [Ilegible] a Señor General Jefe del Estado Mayor General del Ejército, 06 de setiembre de 1898. Lo interesante es que este mismo oficial remitente había hecho el mismo pedido el 23 de mayo de 1898, haciéndose el énfasis en “repetidas veces”, y en que las frazadas “eran de suma necesidad por la estación de invierno” (Archivo Histórico Militar del Perú, Caja N°1, Manuel [Ilegible] a Señor General Jefe del Estado Mayor General del Ejército, 23 de mayo de 1898).

Incluso, de llegar las frazadas a tiempo en estos años iniciales de la reforma del ejército, ello no garantizaba que estas duraran lo suficiente para darles uso sostenidamente. Este fue el caso del famoso Escuadrón Húsares de Junín N.º 1 en 1899, donde a diferencia de otros cuerpos menos conocidos, pudieron contar con 315 frazadas. Con todo, cabe agregar que “[...] ninguna de estas [frazadas y capotes] han cumplido el tiempo de duración respectiva”⁴³⁷. En otras palabras, estas llegaron, pero se deterioraron tan pronto que hubo que volverlas a pedir y -esta vez- con urgencia, por la proximidad del frío invernal.

Conforme entramos a inicios del siglo XX y se da inicio al Servicio Militar Obligatorio (SMO), cientos de conscriptos empezaron a integrarse al ejército desde 1901⁴³⁸. El problema a partir de entonces pasó a ser la falta de espacios y mobiliario adecuados para poder recibir la gran cantidad de los llamados para el SMO. Una denuncia recurrente tanto por oficiales como por médicos titulares y militares y de sumo perjuicio a la salud de los conscriptos y la tropa fue la necesidad de improvisar camas en el suelo de los cuarteles. Por ejemplo, el jefe de la Sanidad Militar y Naval Dr. Evaristo Chávez informaba sobre los padecimientos que los enfermos en el cuartel de Tingo (Arequipa) encontraban por la falta de camas en 1904:

*[...] En este establecimiento, sufre la tropa grandes incomodidades, pues se han presentado casos en que se han improvisado camas en el suelo para los enfermos, exponiéndolos, de esta manera, a contraer un mal de mayor gravedad. Además, la asistencia y medicación es pésima. Con esta situación es insostenible por las consecuencias fatales que sufre la tropa y aun los señores oficiales, que cuando se enferman, no tienen dónde atenderse, [...]*⁴³⁹ (cursivas nuestras)

Las innecesarias complicaciones que sufría la convaleciente tropa en el cuartel de Tingo por la falta de camas podrían parecer un hecho aislado y esporádico. Pero dos años después volvemos a encontrar al mismo alto oficial sanitario escribiendo sobre el mismo problema, esta vez proporcionando más información sobre el cuartel en cuestión y añadiendo un local más: el Cuartel de los Ejercicios, también en Arequipa:

[...] La salubridad de las tropas es malísima, las condiciones de ambos cuarteles imposibles, no hay la cama individual del soldado, prescrita por los reglamentos, la

⁴³⁷ Archivo Histórico Militar del Perú, 1899, Caja N°1, M. Velarde al Sr. Coronel Director de Guerra, 30 de mayo de 1899.

⁴³⁸ Velásquez, D. (2019) La reforma de la conscripción en el Perú en el tránsito del siglo XIX al XX..., p. 230.

⁴³⁹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1904, Caja N4, E. M. Chávez al Señor Coronel Director de Guerra, 26 de setiembre de 1904.

*cantidad de individuos de tropa, que encierran algunas cuadras, no corresponde a la [ilegible] individual que prescriben las reglas de la más elemental higiene; algunos catre carecen hasta de tarima y los soldados duermen en el suelo, que es frío e inapropiado para servir de cama al soldado; [...]*⁴⁴⁰ (cursivas nuestras)

Es posible esbozar dos reflexiones hasta este punto: en primer lugar, constatamos que las carencias de mobiliario conllevaban a que el cuartel, espacio disciplinario por excelencia y donde cada soldado debía contar con su espacio individual asignado, no pudiera cumplir su principal función: ordenar, identificar y clasificar a los que en él se hospedarán por meses⁴⁴¹. Lo que se encontraba en lugar de un espacio ordenado era contrario a las máximas de la disciplina castrense. Por otro lado, la excesiva cantidad de tropa que se sugiere en esta cita como la causa de este descalabro no sería un hecho circunstancial sino más bien una consecuencia lógica del carácter ‘civilizatorio’ y reivindicador que se imprimía al ejército. Al lidiar con indígenas principalmente, individuos por antonomasia en los márgenes de la sociedad de entonces, los oficiales del ejército no percibían a los conscriptos como los idóneos para el servicio, sino como a hombres a quienes *en masse* se les debía imprimir sentimiento patrio a través de férrea disciplina militar⁴⁴². Este imperativo civilizatorio alcanzaba sus límites en las materialidades del Ejército y el Estado peruano de las primeras décadas del siglo XX. Estos problemas no estaban circunscritos al sur del territorio nacional. En el primer puerto del país había para la misma época problemas muy similares. El cuartel del Arsenal en el Callao fue visitado por el Dr. Pedro N. Carrera, adscrito a la Sanidad Militar, el 17 de marzo de 1905, quien reportaba que “[...] el número de camarotes o covachas no alcanza para toda la tropa, gran parte de ella tiene que dormir en el suelo”⁴⁴³. Lo destacable en este caso es que, de las camas existentes, muchas no se podían utilizar, pues los soldados se quejaban de que en los “antihigiénicos camarotes de madera” se criaban “infinidad de chinches a pesar de los medios empleados para destruirlas”⁴⁴⁴. Entre el intenso prurito causado por los chinches, la falta de camas y

⁴⁴⁰ Archivo Histórico Militar del Perú, 1906, Caja N°1, E. M. Chávez al Señor Coronel Director de Guerra, 26 de abril de 1906.

⁴⁴¹ Sobre el espacio “celular” y la disciplina entendida como manejo del espacio, revisar Foucault, M. (2002) *Vigilar y castigar...*, pp. 138-146.

⁴⁴² Toche, E. (2008) *Guerra y democracia...*, p. 66.

⁴⁴³ Archivo Histórico Militar del Perú, 1905, Caja N°3, Pedro N. Carrera al Señor Cirujano Jefe de la Sección Técnica, 17 de marzo de 1905.

⁴⁴⁴ *Ibidem*. En este caso, estamos hablando de la especie *Cimex lectularius*. Se alimentan exclusivamente de sangre humana y están presentes en todo el mundo. No transmiten enfermedades conocidas. Consultar <https://www.cdc.gov/dpdx/bedbugs/index.html>.

el pernoctar en el suelo, en próximo contacto con sus coetáneos conscriptos y al alcance de otros parásitos y todo tipo de insectos, el cuartel del Arsenal no podía cumplir, ciertamente, fines disciplinarios. Para alcanzarlos, el cuartel debía tener áreas específicas para actividades particulares, esto es, espacios funcionales y, a juzgar por la siguiente descripción del Dr. Carrera, esto no se daba siquiera remotamente:

COMEDOR. *No existe para la tropa que tiene que tomar el rancho sentados en el suelo o como mejor les [parezca]; existiendo en el cuartel algunas habitaciones sin techo podrían arreglarse una de ellas para el objeto indicado. Los jefes y oficiales tienen por comedor una habitación que otras veces ha servido de dormitorio.*⁴⁴⁵ (cursivas nuestras)

Espacios con fines específicos no estaban disponibles ni para los “jefes y oficiales”, cuyas habitaciones eran a la vez reutilizadas como comedor. Siquiera en el cuartel del Arsenal los altos mandos podían gozar de habitaciones y cierto grado de comodidad. Un caso donde se ilustra con mayor detalle el excesivo contacto de los cuerpos fue lo sucedido en un cuartel en Lima, el de Guadalupe. En 1909 el comandante del batallón N°3 estacionado en ese cuartel solicitó a la Sanidad Militar visitar sus instalaciones debido a que tres soldados habían fallecido por aparente fiebre tifoidea. Lo que descubrió el médico militar asignado fue que en realidad fallecieron de tifus exantemático -causado por exoparásitos como el piojo corporal (*Pediculus humanus humanus*)- lo que exigía la urgente fumigación del lugar⁴⁴⁶. Ello desencadenó una investigación que llevó a analizar el espacio disponible para cada soldado a fin de evitar la excesiva proximidad entre ellos y el consecuente aumento del riesgo de infestación por piojos. Los siguientes datos del mismo documento pueden brindar una perspectiva de lo que significaba para los conscriptos el vivir en un cuartel en aquella época:

[...] Debo hacer presente a Ud. que no existen actualmente, en el cuartel de Guadalupe, sino *cinco cuadras disponibles para los 408 hombres* de que compone el Batallón N°3; como consecuencia de esto *las tarimas de los soldados tienen que estar inmediatamente unas a continuación de otras, sin separación entre ellas*; resultando que *en cada cuadra que tiene 587 metros cúbicos y donde tan solo deben dormir 45 hombres -calculando 13 metros cúbicos por soldado, duermen actualmente 80, es decir casi el doble.* [...] ⁴⁴⁷ (cursivas nuestras)

⁴⁴⁵Archivo Histórico Militar del Perú, 1905, Caja N3, Pedro N. Carrera al Señor Cirujano Jefe de la Sección Técnica, 17 de marzo de 1905.

⁴⁴⁶Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, Caja N3, Cirujano Mayor Jefe de Sanidad Militar y Naval al Señor Director de Guerra, 01 de marzo de 1909.

⁴⁴⁷Ibidem.

A partir de las cifras y datos obtenidos de esta cita, vamos a establecer los siguientes cálculos del volumen disponible por soldado en el cuartel Guadalupe:

Cuadro N.º 9: volumen disponible por soldado para 1909⁴⁴⁸

Volumen total de cada cuadra	Cantidad de soldados	Volumen disponible para cada soldado
587 m ³	45	13 m ³
587 m ³	80	7 m ³

Si nos basamos en el escenario ideal mencionado por el cirujano militar, cada cuadra del cuartel debía albergar 45 soldados, correspondiéndole a cada uno 13 m³ de espacio individual, volumen suficiente para evitar exponerlos al contacto constante entre sus similares. Pero, en realidad, había 80 por cada cuadra, los que tenían asignados aproximadamente 7 m³ para cada uno. Hace falta otro cuadro donde, introduciendo la variable de altura, podremos desagregar esta información en cuanto al área que tenía disponible cada soldado:

Cuadro N.º 10: área disponible para cada soldado en 1909⁴⁴⁹

Volumen disponible para cada soldado	Altura de la cuadra	Área disponible para cada soldado
13 m ³	2 m	6.50 m ²
	3 m	4.33 m ²
	4 m	3.25 m ²
7 m ³	2 m	3.50 m ²
	3 m	2.33 m ²
	4 m	1.75 m ²

Veamos este cuadro. De tener cada soldado 13 m³ reservados a su persona, donde en el escenario más conservador la altura de la cuadra contara con 3 m, cada individuo debía ocupar en consecuencia 4.3 m² de área (13 m³ = 4.3 m² x 3 m). Pero si cada uno de los efectivos pernoctaba en un ambiente de 7 m³ -como sucedió en

⁴⁴⁸ Fuente: elaboración propia.

⁴⁴⁹ Fuente: elaboración propia.

una cuadra de 3 m de altura-, ello dejaba un área de solo 2.3 m² ($7 \text{ m}^3 = 2.3 \text{ m}^2 \times 3 \text{ m}$) donde el miembro de tropa debía dormir, comer y vivir en lo que dure su tiempo de servicio. Si la talla promedio del conscripto peruano era de 1.60 metros -como lo señala la literatura médica de la época⁴⁵⁰- al dormir el espacio que separaba a un soldado del otro sería apenas 1.4 m (puesto que $2.3 \text{ m}^2 = 1.6 \text{ m} \times 1.4 \text{ m}$). Esta cifra estaría lejos del 2.7 m (obtenido de $4.3 \text{ m}^2 = 2.7 \text{ m} \times 3 \text{ m}$) que cada uno hubiera gozado si cada cuadra hubiera tenido 45 miembros. El contraste sería incluso mayor con los ideales “20 m³ que la higiene militar señala como indispensable por individuo” según Carlos Enrique Paz Soldán en 1912⁴⁵¹. Por todo ello, si se diera una alerta de presencia de tifus exantemático -como vimos que pasó en el cuartel de Guadalupe para 1909-, la probabilidad de rápida infestación era mucho más alta en un ambiente tan hacinado como el presentado.

Finalmente, vemos que el problema de la falta de camas no desapareció con el pasar de los años en el ejército del Perú. Por ejemplo, tenemos el pedido de Arturo Fuentes, comandante de un cuerpo en Lambayeque, que elevaba al coronel comandante General de la I División un oficio para que se pudiera resolver un viejo problema que aquejaba a la tropa bajo su mando en 1920:

Adjunto el presente oficio, tengo el honor de elevar a ese Superior Despacho para su aprobación, el presupuesto para la construcción de 140 tarimas para el efectivo de la unidad de mi mando; pues *hacen tres años nueve meses* de la creación de la Compañía y durante este tiempo *la tropa duerme en el suelo*, a lo que *debe atribuirse en especial, el porcentaje de enfermos que es muy alto*⁴⁵². (cursivas nuestras)

Como vemos, este problema de la tropa al mando del capitán comandante Fuentes llevaba casi cuatro años: dormían en el suelo desde la mismísima creación de la unidad. Al formarse tal unidad, como pudo haber sucedido con otros cuerpos del ejército, el Estado no destinó el mobiliario y elementos básicos para la vida militar. Esta negligencia tenía importantes consecuencias, pues muchos de los subordinados de Fuentes estaban enfermos, compatible con los anteriores recuentos de contracción de enfermedad por pernoctar en el suelo. El impacto en la salud de los soldados se

⁴⁵⁰La Torre, V. (1913) *Evaluación de la capacidad física del conscripto*. En La Crónica Médica, 1913, n° 596, p. 423. Las medidas del conscripto peruano para este autor son las siguientes: talla=1.61 m; peso=61 k; diámetro torácico anteroposterior=20 cm; diámetro torácico transversal=28cm; diámetro torácico bideltoico=39 cm; diámetro torácico bifemoral= 29 cm.

⁴⁵¹ Paz Soldán, C. (1912) *La tuberculosis en el ejército peruano...*, p. 735.

⁴⁵²Archivo Histórico Militar del Perú, 1920, Caja N3, Coronel Comandante General M. de la Cotera al Señor Coronel Ministro de Guerra, 07 de setiembre de 1920.

agravaría si se consideran otros condicionantes, como la existencia de epidemias. Resulta sumamente plausible que los enfermos del cuerpo del comandante Fuentes hubieran contraído el virus A/H1N1, el agente causante de la también denominada “Gripe española”, cuya incidencia se registró en Lambayeque en 1920. Creemos necesario tener en consideración esta explicación porque solo días antes y en la misma región el coronel comandante general de la región, M. de la Cotera, solicitaba una “ración extraordinaria de té a la tropa” al ministro de Guerra para hacer frente a una “epidemia de gripe” que afligía las dependencias bajo su mando⁴⁵³. En todo caso, queda claro que en Lambayeque el ejército no solo no tenía camas disponibles para sus efectivos sanos, sino que menos aun las tenía para los muchos afligidos por esa epidemia de gripe que azotaba la región entonces y al país por esos años.

Tras todo lo revisado, queremos concluir este acápite señalando que, en lo que compete a los cuarteles, estos no pudieron acompañar las altas ambiciones que la Reforma Militar buscaba alcanzar, tales como la mejora en la salud del conscripto, la adquisición de nuevas costumbres a través de la disciplina y la instrucción civil y, en última instancia, la “civilización” del mismo⁴⁵⁴. Esto no quiere decir que no había cambiado en nada la situación de la tropa en las cuadras militares desde el cambio de siglo, pues como vimos en el capítulo anterior, hubo un mayor interés de la Sanidad Militar en someter bajo observación a los cuarteles, pero creemos que carencias básicas como tarimas y la falta de espacio por conscripto, dificultaban cualquier esfuerzo para mejorar el día a día de la tropa a inicios del siglo XX. Con todo, no es lo único -ni siquiera lo más imprescindible- con lo que no se contaba para sobrellevar la vida militar en el temprano siglo XX, como veremos inmediatamente.

IV. 2.2. Una reforma con poca agua: análisis del saneamiento de cuarteles entre 1895 y 1920.

La preocupación por el estado sanitario de los cuarteles ya venía desde el siglo XIX. Tal como hemos mostrado en el capítulo primero, estos espacios no se encontraban en las mejores condiciones para albergar tropa y, a finales del siglo XIX muchas de

⁴⁵³Ibidem.

⁴⁵⁴Velázquez, D. (2013) *La reforma militar...*, pp. 392-396.

estas falencias todavía estaban presentes. Muchos oficiales mostraron su preocupación por los efectos de las condiciones cuartelarias en la salud de sus subordinados, causándoles incapacidad o incluso la muerte. La llegada del nuevo siglo permitiría contar con un Servicio de Sanidad Militar y Naval (1904), cuya mirada sanitaria otorgaba un mayor interés a las condiciones en las que la tropa vivía. En otras palabras, en las primeras décadas del siglo XX tenemos un mayor celo tanto del personal sanitario militar, como de oficiales de carrera preocupados por la salud de los soldados bajo su mando.

Los problemas relacionados con el agua y servicios higiénicos para el aseo son prueba de esta conjunta preocupación. Ya en el verano de 1905 -a un año de la fundación de la sanidad militar- vemos que el jefe del Servicio, el Dr. Evaristo Chávez, sistematizaba y presentaba informes sobre las duchas diarias de las tropas en Lima, con el claro fin de evitar enfermedades de tipo cutáneo. Para enero de 1905, por ejemplo, se tiene el pedido que hizo el Dr. Chávez al Coronel Director de Guerra en pro de hacer prevalecer las “ventajas positivas de la higiene” y evitar “muchas enfermedades, particularmente de la piel”:

[...] tengo la honra de dirigirme a US. manifestándole la conveniencia de que, *ya que no hay baños en los cuarteles, excepción hecha del de Guadalupe, el Regimiento Artillería y los cuerpos de Caballería, envíen a sus tropas a tomar baños en el río, tomándose las debidas precauciones, o por pelotones a los baños municipales de Otero, si esto fuera posible.*⁴⁵⁵ (cursivas nuestras)

En esta cita vemos el panorama de la disponibilidad de servicios higiénicos que los conscriptos pudieron emplear para asearse en los cuarteles. El cuadro es claro: solo tres de nueve cuarteles de la capital contaban con instalaciones que permitieran a la tropa tomar duchas en verano⁴⁵⁶. Medidas similares también estaban siendo sugeridas por médicos militares en departamentos calurosos como Piura para la misma época. El cirujano militar adjunto al escuadrón N°7 en Piura consultaba el 16 de enero de 1905 a su superior, el Dr. Chávez, si era viable que la tropa acantonase cerca de la costa, específicamente en Paita o Sullana, con la finalidad de disponer de agua y “[...] para que aquella tropa pudiera tomar baños tan indispensables en la

⁴⁵⁵Archivo Histórico Militar del Perú, 1905, Caja N3, Dr. E. M. Chávez al Señor Coronel Director de Guerra, 24 de enero de 1905-I.

⁴⁵⁶Cuarteles en Lima para esta época eran Ancón, Arsenal del Callao, Barbones, Cascajal, Escuela Militar, Guadalupe, San Francisco, San Lázaro y Santa Catalina.

actual estación”⁴⁵⁷. En la capital, en el caluroso mes de febrero, la falta de baños diarios para 1905 no era asunto que no mereciera acción rápida. Por ejemplo, en uno de los cuarteles principales y más hacinados, el de Santa Catalina, el segundo sanitario encargado de la enfermería en esa dependencia militar escribió al jefe de la Sanidad Militar, Dr. Chávez, brindando información sobre el aumento considerable de enfermos allí:

[...] Pongo en conocimiento de Ud., que *en los últimos días han aumentado considerablemente los enfermos que se asisten en la enfermería del Cuartel de Santa Catalina, dominando principalmente las enfermedades de la piel, ezcema prurigo, impétigo, etc.* Debe contribuir a la propagación de estas afecciones la falta de baño diario para la tropa, con mayor razón, durante esta estación calorífica. Debo hacer notar también *las fatales consecuencias que ha de traer para la salud, la acumulación en cuadra de incapacidad insuficiente, pues en las mayorías de dichas cuadras duermen más de 200 individuos.* [...] ⁴⁵⁸ (cursivas nuestras)

Esta cita nos muestra claramente la nefasta combinación compuesta por el hacinamiento, la falta de baños diarios y la estacionalidad -en este caso, el intenso sol de febrero. Las consecuencias eran manifiestas: el hecho de haber “aumentado considerablemente los enfermos que se asisten” en la enfermería del cuartel con enfermedades tan contagiosas como el impétigo bacteriano por falta de aseo⁴⁵⁹ y el más genérico eczema prurigo (también llamada “dermatitis”)⁴⁶⁰. Enfermedades como estas -desatadas en espacios reducidos, donde habitaban hasta 200 personas transpirando y sin poder asearse- difícilmente facilitaban la formación y salud de los soldados, situación agravada en los meses de verano, a tal punto de llenar enfermerías en los meses más calurosos del año.

⁴⁵⁷ Archivo Histórico Militar del Perú, 1905, Caja N°3, Dr. E. M. Chávez al Señor Coronel Director de Guerra, 24 de enero de 1905-II.

⁴⁵⁸ Archivo Histórico Militar del Perú, 1905, Caja N°3, Dr. E. M. Chávez al Señor Coronel Director de Guerra, 04 de febrero de 1905.

⁴⁵⁹ Infección cutánea causada por las bacterias del grupo A de *Streptococcus* y la *Staphylococcus aerus*. Destaca por su altísima contagiosidad. Consultar <https://www.cdc.gov/groupastrep/diseases-public/impetigo.html> para más conocimiento sobre esta afección.

⁴⁶⁰ Consultar con <https://rarediseases.info.nih.gov/diseases/7480/prurigo-nodularis>. De acuerdo con la British Association of Dermatologists, el *prurigo* es una condición médica cutánea caracterizada por la intensa picazón generada por ronchas de cierto grado de rigidez. No tiene una causa única establecida y estaría más relacionada a reacciones alérgicas y de estrés psicológico. No obstante, el *prurigo* se puede complicar por la acción del calor y el bochorno, así como usar lana o materiales sintéticos en lugar del algodón para vestir (British Association of Dermatologists, *Nodular Prurigo*, 24 de enero de 2020, <https://www.bad.org.uk/shared/get-file.ashx?id=110&itemtype=document>).

Estos incidentes sobre la falta total o parcial de agua para diversos usos en la vida cuartelaria fueron recopilados por personal sanitario militar y compartidos a los altos oficiales para su pronta solución. En 1907 se observa por primera vez un informe exhaustivo y detallado que muestra la preocupación de los tomadores de decisiones en el ejército sobre las grandes carencias en los cuarteles de Lima y Arequipa, con un énfasis en los problemas relacionados al saneamiento y el aprovisionamiento de agua. Este extenso informe -que incluye hasta un presupuesto general de todas las reparaciones- fue elaborado en este caso por la Dirección de Ingeniería y es un valioso documento porque nos permite ver una síntesis de los problemas cuartelarios hasta entonces presentes:

Cuadro N.º 11: Problemas de saneamiento en cuarteles de Lima y Arequipa para 1907⁴⁶¹

Cuarteles a revisar/Problemas encontrados	Problemas con acceso a agua	Mal estado o falta de letrinas, escusados o urinarios	Problemas con albañales, acequias, desagües y demás aguas servidas	Falta de lavatorios
Ancón				
Arsenal del Callao				
Barbones				
Cascajal				
Escuela Militar				
Guadalupe				
Los Ejercicios (Arequipa)				
San Francisco				
San Lázaro				
Santa Catalina				
Tingo (Arequipa)				

Fuente: AHMP, 1907, Cajas N°1-2-3, "Mejoras y reparaciones por ejecutar en los cuarteles en 1907, de Teniente Coronel Director de Ingeniería al Señor General Jefe de Estado Mayor General.

De acuerdo con el informe, de los 11 cuarteles donde la tropa residía, tan solo dos estaban libres de algún desperfecto o carencia en lo referido al manejo del recurso hídrico o al saneamiento: Santa Catalina y la Escuela Militar. Existía cuarteles para ese año que tenían problemas con el acceso al agua (3 de 11), y otros donde se contaba con el fluido, mas no se podía canalizarlos para el correcto uso en escusados que facilitasen el manejo de las excretas u orines, elementos de alto potencial contaminante (7 de 11).

⁴⁶¹ Cuadro de elaboración propia.

Este informe de 1907 nos brinda una instantánea sobre el saneamiento militar. Con todo, debemos considerar que la situación no fue estática. Esto no significa, con todo, que fuera para bien. Tenemos el caso de uno de los cuarteles más representativos de la capital, Santa Catalina, que para entonces fue presentado como carente de problemas en desagües y albañales. Sin embargo, al siguiente año el inspector de artillería teniente coronel L. Larregain llamaba la atención sobre la insalubre presencia del río Huatica que cruzaba tal cuartel haciéndolo “inhabitable” por tanta basura arrojada al río, a juzgar por el permanente 14% de enfermos por malaria “[...] sin contar en este número a los jefes y oficiales que en su totalidad han sido atacados por paludismo”⁴⁶². Por su parte, en el cuartel de Tingo (Arequipa) se constataba la falta de agua para 1908, establecimiento que figuraba sin problemas de aprovisionamiento para el año del informe, 1907. Así lamentaba el teniente coronel J. C. Díaz, al mando del batallón acantonado en Tingo la existencia de este problema, con perjuicio para la preparación militar de su tropa:

*Además, repito lo que en otra oportunidad he tenido el honor de manifestar a U. S. esto es, que el Cuartel no tiene agua y que es preciso continuamente emplear a la tropa en que vaya a buscarla para el rancho, para beber y para todo aquello que se le necesita.*⁴⁶³ (cursivas nuestras)

El cuartel de Guadalupe también nos muestra el problema del abastecimiento de agua. En 1909, el jefe de la Sanidad Militar y Naval proporcionaba más información sobre las consecuencias de un cuartel por largo tiempo observado por su poca o nula disponibilidad de líquido para los más básicos quehaceres. En su extenso informe, Chávez manifestaba su incomodidad con la “falta de agua” y, sobre todo, con las consecuencias que esto acarrearía para la vida de los conscriptos y soldados en las mencionadas instalaciones del cuartel de Guadalupe: los subalternos no tenían siquiera ropa interior disponible debido al “desaseo de la tropa”⁴⁶⁴. Tenemos constancia de que para 1915, la tropa en Guadalupe seguía padeciendo penurias por falta de flujo hídrico para la correcta evacuación de orina y excrementos en un área de por sí complicada: la enfermería:

⁴⁶² Archivo Histórico Militar del Perú, 1908, Caja N1, Teniente Coronel Inspector de Artillería L. Larregain al Señor Coronel Jefe de Estado Mayor General, 06 de noviembre de 1908.

⁴⁶³ Archivo Histórico Militar del Perú, 1908, Caja N6, Teniente Coronel Comandante del Batallón N°3 J. C. Díaz al Señor Coronel Jefe del Estado Mayor General del Ejército, 06 de diciembre de 1908.

⁴⁶⁴ Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, Caja N3, Cirujano Mayor Jefe de Sanidad Militar y Naval al Señor Director de Guerra, 01 de mayo de 1909.

Como por *falta de agua en el servicio de excusados de la enfermería del Cuartel de Guadalupe los enfermos tienen que caminar un grande trecho* y bajar al piso inferior con el objeto de hacer sus necesidades, no sería raro que esta epidemia [de enfermedades respiratorias] tomara una forma más grave, por los bruscos enfriamientos a que se expone un individuo ya delicado de salud.

Por tales razones me permito dirigirme a ese superior despacho para pedir a Ud. gestione ante la superioridad y *con el carácter de urgencia, se provea de servicio de agua a esa dependencia* de la citada enfermería, *obra que se viene reclamando desde hace tiempo y por cuya falta se expone al soldado a múltiples dolencias.*⁴⁶⁵ (cursivas nuestras)

No solamente vemos que han pasado seis años (1909-1915) en los que el cuartel de Guadalupe contó con un acceso irregular al agua, sino que en este último año notamos que el autor, el Capitán Dr. Fernández Dávila, sentenciaba dejando claro que no era la primera vez que esta situación con el agua era comunicada a los altos oficiales del ejército. Vistas estas cosas, queda pendiente la respuesta a la evidente pregunta al hablar del agua: ¿y quién debía encargarse del correcto aprovisionamiento de este líquido, la instalación y mantenimiento de la respectiva fontanería? Institucionalmente, hemos visto que tanto los médicos militares como los propios oficiales de carrera remitían sus informes a los altos cargos del ejército, quienes debían disponer los recursos para las reparaciones respectivas. Puede ayudarnos a esbozar una respuesta analizando la situación del Batallón N°23, acantonado en el cuartel de Guadalupe en 1915. En intercambio de oficios con las altas autoridades de la IV Región Militar, el comandante del mencionado cuerpo mostraba su incomodidad con la observación que le hizo el Estado Mayor General, acusando que el Batallón N°23 no pagó por el servicio de agua de la enfermería. Respondía así el oficial a cargo del cuartel de Guadalupe:

En contestación al apreciable oficio n. ° 69 de US., transcribiendo el oficio n.°169 del Estado Mayor General, me es honroso decir a US. que *es completamente inexacta la aseveración que se hace a esta Comandancia de haber cortado la dotación de agua del servicio de la enfermería*, que era independiente del servicio de agua del Cuartel; siendo así que *la empresa la cortó porque el Servicio de Sanidad, que corre con el pago, no abonó las mensualidades correspondientes.*⁴⁶⁶ (cursivas nuestras)

En un oficio de fecha posterior, esta vez remitido por un médico al director de Sanidad Militar sobre el particular, se brinda más información sobre cómo operaba el servicio de agua en el cuartel de Guadalupe previo a 1915:

⁴⁶⁵Archivo Histórico Militar del Perú, 1915, Caja N8, Capitán Jefe del Servicio [Sanitario Dr.] G. Fernández Dávila al Señor Coronel Comandante General de la IV Región, 27 de mayo de 1915.

⁴⁶⁶Archivo Histórico Militar del Perú, 1915, Caja N°8, Teniente Coronel Comandante del Batallón N°23 al Señor Comandante General de la IV Región, 01 de junio de 1915.

Como antecedentes debe indicar a ese superior despacho que, *en marzo de 1908, el entonces Jefe de la Sanidad Militar Dr. Chávez, hizo un contrato con la Empresa de Agua para dotar de este elemento a la citada enfermería, por el que se obligaba a pagar la mensualidad de \$ 4.00. Instalado el servicio, pagó durante algunos meses esa mensualidad la Jefatura de Sanidad y después obtuve la abonaran los diferentes cuerpos que en ese local se aloraron [sic].* Posteriormente fueron adeudándose algunas mensualidades, las que vinieron a aumentarse durante la época que ese cuartel estuvo entregado al Ministerio de Gobierno y que fue utilizado para la 4ta Comisaría de Policía. A principios del año pasado fue nuevamente ocupado por un cuerpo de línea, el Batallón N.º 23, y entonces la Empresa de Agua, viendo que lo adeudado sumaba una regular cantidad y lo difícil de hacer efectiva esa deuda, determinó *cortar el servicio de agua.*⁴⁶⁷ (cursivas nuestras)

Destacan dos hechos fundamentales que nos permitirán ver la complejidad del asunto tras haber revisado estos dos informes. En primer lugar, está el detalle de que el cuartel de Guadalupe, al parecer, no era de uso exclusivo del ejército. Como explicamos en capítulos anteriores, desde el siglo XIX esta institución venía acondicionando locales ajenos como iglesias o conventos para que fungieran de cuarteles por temporadas. No obstante, en este caso notamos que el cuartel de Guadalupe sí fue ocupado constantemente por fuerzas gubernamentales ininterrumpidamente -al menos, desde 1907 hasta 1915. Esto tiene claras repercusiones en lo que nos compete, porque tal como vemos en la cita, se generaban malentendidos y discusiones al establecer quién iba a pagar por el fluido hídrico mientras ocupaba el local. En segundo lugar, también debemos considerar las anteriormente mencionadas conexiones independientes, como la de la enfermería de Guadalupe, que fue inicialmente subvencionada por la Sanidad Militar y después pagada por los mismos cuerpos que ocupaban el cuartel, tal como se indica en esta última cita. La presencia de tales conexiones añadía mayor complejidad y -en última instancia- potenciales conflictos a la hora de pagar por el servicio de agua en el cuartel.

No pretendemos generalizar este problema al resto de cuarteles de la época, pero sí creemos que permite complejizar la mirada sobre una infraestructura cuartelaria en la que la tropa vivía hacinada, sucia en verano, con frío en invierno y, por si fuera poco, sin qué tomar o con qué lavar o asearse. Esto no negaría ciertos cambios que pudieron emprenderse para subsanar estas carencias en los cuarteles,

⁴⁶⁷ Archivo Histórico Militar del Perú, 1915, Caja N08, G. Fernández Dávila al Teniente Coronel Director de Sanidad Militar, 12 de junio de 1915.

especialmente después de 1907. De manera concreta, sin embargo, la situación era la siguiente: no se contaba con una solución fija que proveyese un flujo de agua constante y ocurrían conflictos a la hora de pagar por el servicio hídrico. Veamos a continuación si la situación de la infraestructura era mejor en el local central de todo el aparato sanitario castrense: el Hospital Militar de San Bartolomé.

IV. 3. Las camas que tosen: el Hospital Militar de San Bartolomé y su relación con la infraestructura cuartelaria en las primeras décadas del siglo XX

Durante el siglo XIX la infraestructura sanitaria militar fue motivo de preocupación para varios galenos y oficiales. Tal como mencionamos en capítulos previos, hablar de un hospital militar durante la Guerra del Pacífico y años siguientes era referirse a un lugar sucio, húmedo y hacinado. Ya hacia la década de 1890 se dio una transición en el objeto de interés de los sanitarios militares, disminuyendo el énfasis en las mejoras de los nosocomios para centrarse en la infraestructura cuartelaria. Relegado, el hospital militar de San Bartolomé seguía reteniendo su mala fama como ambiente de contaminación, empero en dicho periodo la gangrena cedía su primacía a la tuberculosis como principal enfermedad hospitalaria. Una manifestación de esto la vemos en los textos de un reconocido médico civil, el Dr. Rómulo Eyzaguirre, quien publicó en la Crónica Médica de 1896 lo siguiente:

*Algo más grave sucede en San Bartolomé. Allí los soldados, llegan del cuartel, es decir de un mal medio a otro peor y en este caso a las causas que le son comunes con el hospital de Santa Ana, se ha tenido la peregrina ocurrencia de distribuir por salas y corredores pequeños vasijas de madera con serrín de lo mismo para que allí escupan los enfermos que se pasean por el hospital. Y bien: ¿qué se hace con aquel serrín? ¿Lo someten al fuego? ¿Teniendo en cuenta la resistencia del bacilo [de Koch] la convicción de que en esos depósitos se encuentran millones de ellos, por qué no se incinera el serrín? [...]*⁴⁶⁸ (cursivas nuestras)

Lo planteado por Eyzaguirre nos muestra dos cuestiones fundamentales. La primera es que, efectivamente, al hospital militar de San Bartolomé se le seguía asociando

⁴⁶⁸Eyzaguirre, R. (1896) *La tuberculosis pulmonar en Lima*. En La Crónica Médica, 1896, n° 191, p. 359.

con malas prácticas hospitalarias que terminaban repercutiendo negativamente en los soldados allí internados y aumentaban la posibilidad de contraer el agente tuberculoso. En segundo lugar, para el autor, tanto los cuarteles como los hospitales eran lugares donde el soldado podía enfermarse, pero la posibilidad aumentaba en los últimos. Esto al parecer era del conocimiento de jefes de tropa tales como Tomás Collazos, quien manifestaba su preocupación de que seis de sus subalternos fueran internados en el hospital militar víctimas de “fiebres palúdicas”. Sugería este jefe del escuadrón Húsares de Junín:

Para atender a los que se enferman y evitar que pasen al Hospital, por tan leve enfermedad, juzgo indispensable que uno de los cirujanos adscritos a ese Estado Mayor General, se constituya con tal objeto, en este cuartel, siquiera dos días en cada semana: salvo, mejor acuerdo de U. S.⁴⁶⁹

Considerar a las “fiebres palúdicas” -una seria afección con graves consecuencias en los soldados y los cuerpos que integraban- como una “leve enfermedad” tenía como objetivo dejar sin asidero cualquier transferencia a San Bartolomé a pesar de ser una condición de gravedad. Es totalmente plausible que Collazos no hubiera querido que la tropa a su mando saliera del cuartel al hospital militar: debían acercarse los cirujanos, no los enfermos a estos dentro de las paredes del referido nosocomio.

Que los cuarteles fueran percibidos como espacios menos propensos para el contagio de la tuberculosis que los hospitales no significaba que ellos fueran excluidos de las preocupaciones de los médicos civiles y militares por otras enfermedades. Una muestra de ello se observa en el retrato que hizo Justo Amadeo Vigil, estudiante de bachillerato en su tesis sobre la higiene de los cuarteles de Lima en 1900. Amparado en una exhaustiva investigación, el aspirante a médico mostraba el peligro que constituía el pésimo estado sanitario de la infraestructura cuartelaria capitalina, incluso para la salud pública, pues observaba un *continuum* de contagio entre los cuarteles y los vecindarios aledaños. Describiendo a los cuarteles como “fábricas de microbios”:

Estos edificios que no realizan las más insignificantes prescripciones a la higiene son un peligro constante no solo para la salud del soldado que lo ocupa, sino también para la salubridad de la población civil situada a sus inmediaciones, que experimenta las consecuencias de esa atmósfera cargada de miasmas y microbios procedentes de los

⁴⁶⁹Archivo Histórico Militar del Perú, 1899, Caja N°1, Tomás Collazos a Señor General Jefe del Estado Mayor General del Ejército, 30 de mayo de 1899.

cuarteles, que *muy bien podría llamárseles “fábricas de microbios”* a creer en la generación espontánea.⁴⁷⁰ (cursivas nuestras)

Es probable que añadiera una dosis extra de peligrosidad para los conscriptos y los vecinos de los cuarteles la presencia de enfermerías en estos recintos. A esta preocupación por el contagio de microbios en cuarteles -especialmente de bacilos tuberculosos-, se sumaba en el caso estudiado por Eyzaguirre el hospital militar para conformar una dupla que será puesta bajo creciente escrutinio por galenos y oficiales. Ambos eran concebidos como parte de un sistema sanitario militar por reformar, pero -como veremos en breve- cada uno será examinado de manera diferente.

Con la creación del flamante Servicio de Sanidad Militar y Naval en 1904 encontramos una visión colectiva e institucional sobre el problema del hospital militar. Desde tempranas fechas el propio jefe del Servicio, el teniente coronel Dr. Evaristo M. Chávez intentó canalizar esta preocupación en diversas plataformas, tanto memorias militares, el Boletín del Ministerio de Guerra, así como documentación oficial del ejército. Siguiendo el ejemplo de Eyzaguirre, Chávez también fue muy crítico del estado de San Bartolomé y, en particular, le adjudicó una importante responsabilidad en la presencia de la tuberculosis en el ejército. Su celo lo llevó a emprender una verdadera campaña contra este nosocomio, consolidando la percepción en la comunidad militar de que, efectivamente, ingresar al hospital militar significaba lanzarse a los brazos de esta peste.

[...] premioso es pensar en la construcción de un nuevo local para Hospital Militar, porque el de ‘*San Bartolomé*’ adolece de todos los inconvenientes ya indicados más de una vez, en publicaciones de todo género, *señalándosele, no sin razón tal vez, como la única fuente o causa de las infecciones tuberculosas en los individuos del Ejército.*⁴⁷¹ (cursivas nuestras)

Llamándola categóricamente “la única fuente o causa de las infecciones tuberculosas” en el Ejército, esto nos lleva a preguntar por qué el Dr. Chávez criticaba con tanto ahínco al primer establecimiento sanitario militar del país. Ciertamente no era el primero en establecer la relación entre el hospital San Bartolomé y la tuberculosis, como hemos podido ver. Creemos nosotros que la razón por la cual Chávez se

⁴⁷⁰Vigil, J. (1900) *Estudio sobre la higiene de los cuarteles*. Lima: Facultad de Medicina de Lima, tesis presentada para optar el grado de Bachiller en la Facultad de Medicina, pp. 122-123.

⁴⁷¹Chávez, E (1904) *Sanidad Militar y Naval*. En Boletín del Ministerio de Guerra y Marina, 1904, n8, p. 1037.

mostraba tan categórico al respecto era porque el hospital militar no estaba bajo jurisdicción del Servicio de Sanidad Militar que presidía él mismo.⁴⁷² Tal como vimos en capítulos anteriores, correspondía a la Beneficencia Pública el control de la pieza fundamental en el aparato sanitario militar hasta 1910. No resultará por tanto extraño que la evidencia recaudada por el Servicio -la cual trataremos de manera separada en otro acápite- estuviera dirigida a dar asidero al reclamo máximo del nuevo instituto: era necesario que San Bartolomé pasara bajo el control del Ejército. Solo así podría el ejército enfrentar a la Muerte Blanca.

Con la salida del teniente coronel Dr. Evaristo Chávez del Servicio de Sanidad Militar y Naval y el ingreso del francés Dr. Alberto Melot en enero de 1911 la percepción que el primero fomentó sobre el hospital militar continuaba: a fin de cuentas, las observaciones del flamante director de Sanidad Militar Melot corroboraban las de su predecesor: se descubrió entonces que los enfermos por tuberculosis pulmonar (tisis) permanecían en el local hospitalario por meses, vegetando ellos hasta consumirse y contagiando a sus camaradas en las camas aledañas:

Tengo el honor de poner en conocimiento de US. que los *soldados dados de baja en las Revistas de Sanidad del Hospital Militar de 'San Bartolomé' permanecen en ese establecimiento durante dos y tres meses*. Este modo de proceder es altamente perjudicial para su salud, pues la mayor parte, *atacados de tuberculosis pulmonar ven agravarse sus dolencias hasta el punto de no permitirles ya su traslación a otros lugares de donde proceden* (dos defunciones se han producido en estas condiciones). Al mismo tiempo *perjudican a todos los demás enfermos que corren el grave riesgo de ser contagiados*.⁴⁷³ (cursivas nuestras)

Además de las visiones donde San Bartolomé fue juzgado como el destino final de tísicos en las últimas fases de la enfermedad y donde el contagio era considerado como altamente probable, se les suma por esta misma época una perspectiva opuesta. En el mismo año en el que finalmente el Ministerio de Guerra y Marina asumió la dirección del hospital militar desplazando a la Beneficencia Pública de Lima

⁴⁷²Hasta 1910, el Servicio de Sanidad Militar no podía cumplir a cabalidad con sus objetivos sanitarios. El Dr. Chávez mostraba su insatisfacción ante tal situación en los siguientes términos: "Le falta [al Instituto/Servicio de Sanidad Militar y Naval], lo esencial. No está aún en posesión de lo primordial, de su verdadero objetivo, esto es: del Hospital Militar, cuya dirección y administración compete exclusivamente al Instituto, como es la base principal y única sin duda, de todo buen servicio de Sanidad Militar, sin la que claudica de imperfecta toda buena organización de un servicio de esta clase". Chávez, E (1904) *Sanidad Militar y Naval...*, p. 1037.

⁴⁷³Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, Caja N5, Coronel Director de Sanidad Militar y Naval Melot al Señor General Jefe de Estado Mayor General del Ejército, 16 de enero de 1911.

(1910), el entonces tesista y también practicante de San Bartolomé Carlos Enrique Paz Soldán publicaba la tesis “La medicina militar y los problemas nacionales”. A ella nos hemos referido anteriormente, pero también es necesario volver a evaluarla porque contiene una crítica que echa otras luces respecto de la relación de este nosocomio con otros elementos de la sanidad del ejército. A diferencia de Chávez y Melot, y más cercano a las posiciones del Dr. Justo Vigil (1900), Paz Soldán no centró su observación sobre el origen de los grandes números de conscriptos considerados como inaparentes o inútiles en el propio hospital militar, sino más bien desplazó su análisis hacia los cuarteles. Sobre los mismos y su rol en la selección de conscriptos, mencionó el joven galeno que:

[...] Llegan estos desgraciados [los conscriptos], [...] a los *viejos edificios, llamados cuarteles, que como burla a la higiene existen aún en Lima*; pasan a la intemperie las dos o tres primeras noches de su llegada; mientras son examinados por la Sanidad para que declare su capacidad para el servicio militar; *no siendo extraño que ocurra, lo que me ha sido dable comprobar últimamente, que antes de ese reconocimiento, una neumonía, una bronquitis grave, una pleuresía, un sarampión, cuando no la viruela, colocan ya al infeliz conscripto, en la condición de ser presa fácilmente, de la tuberculosis, de una nefritis, de una cardiopatía, etc., consecuencia o relicario de aquellas infecciones.* [...] ⁴⁷⁴ (cursivas)

Este relato de Paz Soldán se relaciona con otros presentados anteriormente: no era necesario que los conscriptos adquirieran alguna enfermedad en el hospital porque desde antes de su ingreso al nosocomio ya estaban expuestos a espacios insalubres y reducidos en cuarteles y casas particulares. Lo que se destaca en estas afirmaciones era su contundencia contra su superior, el teniente coronel Dr. Chávez. Paz Soldán incluso empleó las mismas palabras escritas por este en la Memoria de Guerra de 1906 para mostrar su “error” y que, al contrario, era el hospital de San Bartolomé el lugar que proporcionaba las “mejores condiciones higiénicas” disponibles para los militares de entonces:

[...] Afirmar, por convencida que sea la afirmación, no es probar; y esto es precisamente lo que puede *censurársele al Jefe de Sanidad, al afirmar tan categóricamente que el Hospital Militar es el único responsable de la desgraciada condición sanitaria del ejército*. Yo le demostraré al que eso afirma, el profundo error en que está al considerar como hecho indiscutible su afirmación [...] y haré aún algo más [...] probar que *en ninguno de los sitios que aquí en Lima habitan nuestros soldados se encuentra mejores condiciones higiénicas, relativamente, que en esta vetusta, antigua y antihigiénica construcción.* [...] ⁴⁷⁵ (cursivas nuestras)

⁴⁷⁴Paz Soldán, C. (1910) *La medicina militar y los problemas nacionales...*, p. 22.

⁴⁷⁵Ibidem, p. 39.

Independientemente de si San Bartolomé tuvo las condiciones de infraestructura y sanitarias para el tratamiento de los internados, en el caso de este hospital se puede concordar con Paz Soldán señalando que definitivamente este nosocomio no era el “único responsable” de los altos números de tuberculosis en el ejército. Señalarlo como tal, en palabras del tesista, sería como “[...] culpar al Lazareto de Variolosos como culpable de los casos de viruela que se presentan, por la sencilla razón que allí se ponen de manifiesto. [...]”⁴⁷⁶. Según su razonamiento, la lastimera presencia de tísicos ahí era solo una consecuencia de que a este nosocomio eran remitidos los pacientes de tuberculosis que alcanzaban sus máximos grados de desarrollo, pasando de un estado incipiente en el cuartel a uno ya avanzado en el hospital militar. La prueba de esto sería una directiva activa desde 1907 con firma del mismo Jefe del Estado Mayor General Paul Clément donde indicaba lo siguiente:

El Jefe de Estado Mayor General recuerda a los Jefes de Cuerpo y Servicio, las *disposiciones del Jefe de la Sanidad Militar y Naval, conforme a las cuales los declarados inútiles por tuberculosos, mientras se tramita y se haga efectiva su baja, no estén en la enfermería ni mucho menos en las cuadras de los cuarteles, como un medio de evitar el contagio y la propagación de esa fatal enfermedad; ni que sean retirados del Hospital adonde deben permanecer hasta el día de su licenciamiento.*⁴⁷⁷ (cursivas nuestras)

En otras palabras: San Bartolomé sería el lugar donde los declarados “inútiles” en los cuarteles -aquellos que ya manifestaban síntomas de un cuadro tuberculoso- iban a parar y “permanecer hasta el día de su licenciamiento”, “dos y tres” meses como señalaba el coronel Dr. Alberto Melot anteriormente en 1911. Así, era concebido más como un lugar de aislamiento de tísicos, evitando que la enfermedad se siga propagando a otros espacios castrenses. La misma orden general reconocía implícitamente que en los cuarteles la tuberculosis se manifestaba, y que el hospital militar sería solo el lugar donde los casos manifiestos terminaban hasta que se los envíe a sus lugares de orígenes, o en su defecto, fallezcan en aquellas camas, lejos de sus hogares.⁴⁷⁸

⁴⁷⁶Ibidem, pp. 62-63.

⁴⁷⁷Archivo Histórico Militar del Perú, 1907, Cajas N° 4-5-6, Orden General del General Jefe de Estado Mayor General Paul Clément, 23 de agosto de 1907.

⁴⁷⁸Para revisar el desarrollo de un cuadro de tisis en su estado latente, primer, segundo y tercer grado, revisar Snowden, F. (2019) *Epidemics and society. From the Black Death to the present*. Yale University Press, pp. 272-280.

Con todo, la posición de Paz Soldán de centrarse en los cuarteles para la lucha contra la tuberculosis más que en el hospital de San Bartolomé debe entenderse a partir del cargo que este ocupaba. Él se desempeñó como practicante en el hospital militar, basando así sus críticas desde su experiencia personal: de allí que el hospital cumplía -a su juicio- relativamente bien sus funciones, al contrario de los cuarteles, los que él encontraba en peores condiciones sanitarias. Por su parte, una figura como la del Dr. Chávez buscaba defender los fueros de la institución que presidía, especialmente si el servicio sanitario militar no contaba siquiera con un hospital militar central bajo la dirección de su instituto como sucedió desde 1904 a 1910. Al ser un espacio ajeno y fuera de control para los médicos militares, pasó este a ser sindicado como el culpable de la mayor difusión de la tuberculosis entre los uniformados, reforzándose así la demanda de este alto oficial para que la Sanidad Militar dispusiera de tal nosocomio. Independientemente de los factores personales e institucionales, desde el punto de vista sanitario vamos a complementar las posiciones de ambos galenos, concluyendo que las críticas condiciones de los cuarteles como las del hospital militar de San Bartolomé influyeron directa o indirectamente en la salud de los que en ella se acantonaban o internaban. Pero esto no pudo ser el único factor.

Para 1915, cinco años después de que San Bartolomé pasara bajo control del Ministerio de Guerra, ya habían cesado en el cargo Chávez y Melot, asumiendo la Sanidad Militar el Dr. Gerardo Alarco. Tal galeno, al igual que sus antecesores, también tuvo una posición respecto al asunto de los tísicos uniformados:

Puedo asegurarnos de que casi el 70% de los tuberculosos en el Ejército, obedece a una insuficiente selección médica de los contingentes; afirmación que será comprobada con la disminución de sus cifras, cuando verdaderos médicos militares, conscientes de su papel, sean los primeros en aplicar sus conocimientos higiénicos, esforzándose por impedir el ingreso de soldados tuberculosos en el Ejército [...].⁴⁷⁹
(cursivas son nuestras)

A diferencia de las perspectivas anteriores, no se culpaba al precario estado de los cuarteles o a la “vetusta, antigua y antihigiénica construcción” del hospital militar. La gran prevalencia de tísicos - “70% de los tuberculosos en el Ejército”- se debía -a su juicio- al improductivo e ineficiente proceso de verificación del estado de salud de los conscriptos antes de ingresar a los cuarteles o pisar San Bartolomé. Los soldados

⁴⁷⁹Alarco, G. (1916) *Sanidad Militar...*, p. 729

llamados al ejército se presentaban ya enfermos y era labor del personal sanitario, los galenos titulares en las provincias de origen, el evaluar su idoneidad física. A juzgar por las afirmaciones de Alarco, esta revisión se hacía de manera insuficiente. Al ingresar a los cuarteles ya enfermos, la tuberculosis se desarrollaba al interior de estos claustros, convirtiéndose en un peligro para el ejército y hasta para la población civil, incluso si daban signos de recuperación:

Debe además negarse permiso para pasar la convalecencia en su propia casa a estos sujetos, a fin de evitar que lleven al medio civil las epidemias que se desarrollan en el militar. Debido a esta propiedad de los convalecientes de mantener en su organismo los gérmenes de las afecciones infecciosas y servir para diseminarlas, se les llama *portadores crónicos de bacilos*, distinguiéndolos así de los portadores agudos que se hallan presa de la enfermedad. [...] Es por consiguiente necesario desconfiar de los convalecientes de una enfermedad infecciosa cualquiera y someterlos no solo a medidas de aislamiento y desinfecciones rigurosas, sino proceder a secuestrarlos de las filas, cuando su condición de agentes vectores del contagio se haga manifiesto.⁴⁸⁰ (cursivas del autor)

Con estas palabras, Alarco introducía la sospecha y la severidad a la hora de lidiar con los tísicos del ejército. Cualquiera de los conscriptos podía ser un “portador” del bacilo de Koch y, especialmente, aquellos que daban signos de mejoría. Necesario era “secuestrarlos de las filas”, sustraerlos, aislarlos, puesto que ponían en peligro al cuartel, al hospital militar, y al resto de la población. Ya no era un lugar en concreto el responsable de la alta incidencia de la también llamada “plaga blanca”, eran los que ingresaban a sus filas en un primer momento. Por lo tanto, el aparato disciplinario del ejército debía aislarlos y monitorearlos para bienestar de la institución y de ellos mismos.

Lo que hemos querido hacer en este capítulo es brindar una aproximación a las condiciones de habitabilidad, de saneamiento de la infraestructura castrense y otras materialidades que afectaban la vida militar. Asimismo, se buscó mostrar que muchas de las limitaciones identificadas por oficiales y médicos castrenses fueron objeto de discusiones, especialmente las referidas a cuarteles y al hospital de San Bartolomé. La medicina militar fue un fructífero espacio de debates, y creímos útil valernos de las preocupaciones sobre la tuberculosis, una de las enfermedades más temidas de entonces, para mostrar este cruce de perspectivas. Como síntesis de lo expuesto

⁴⁸⁰ Alarco, G. (1916) 5° Conferencia. *Profilaxis de las enfermedades evitables...*, p. 1299.

afirmamos que dichas condiciones materiales fueron juzgadas como obstáculos o limitantes en los esfuerzos por introducir prácticas sanitarias que permitieran asegurar la salud de los combatientes del ejército. Veamos a continuación si las condiciones de reclutamiento, las de los cuarteles y las del hospital militar impactaron de manera concreta en la salud de la tropa, si tuvieron algún impacto en la prevalencia de enfermedades como la tisis y la sífilis, y si la realidad correspondía con las apreciaciones de los oficiales y médicos del ejército peruano.

Capítulo V

Enrolando gérmenes: el ejército peruano y las enfermedades en las primeras décadas del siglo XX

A las 11:30pm del sábado 06 de agosto de 1904 los lamentos del conscripto ancashino Manuel Mogollón llenaban la atmósfera del cuartel de Santa Catalina de Lima. Por el estado “sumamente grave” del joven recién llegado a la capital se mandó llamar al médico militar Dr. Manuel Zavala y Zavala -jefe de la Sección Técnica de la Sanidad Militar-, quien en vista de los alaridos quejumbrosos del paciente se vio obligado a aplicar morfina para aplacar el dolor de lo que aparentaba ser una peritonitis aguda. Con todo, horas después de haber llegado al hospital militar el conscripto Mogollón fallecía lejos de su lugar de origen y de los cuidados de su familia⁴⁸¹.

Tras realizar la autopsia de rigor, el Dr. Zavala pudo corroborar su diagnóstico: Mogollón tuvo como causa de muerte precisamente una peritonitis aguda generalizada, concluyendo que los síntomas como fatiga, dolor abdominal y fiebre debieron haberse manifestado en el viaje de Áncash a Lima al que fue sometido como conscripto. Fue en la capital en donde tras la revisión médica por galenos adscritos a la recién creada Sanidad Militar el conscripto Mogollón fue señalado como “rechazado”, produciéndose su deceso a los pocos días. Este caso en particular ilustra las falencias que señalamos en las páginas anteriores en la implementación de la ley servicio militar obligatorio desde el punto de vista sanitario, particularmente la ausencia de instrumentos y capacidades para la selección médica de los conscriptos aptos en las provincias y las dificultades del viaje hacia Lima⁴⁸².

El caso de Mogollón, sin embargo, no era solamente significativo por las funestas consecuencias de su ulterior diagnóstico. Había sido rechazado en la revisión

⁴⁸¹ Archivo Histórico Militar del Perú, Caja N° 4, Dr. Evaristo M. Chávez al Coronel Director de Guerra, 08 de agosto de 1904.

⁴⁸² Velásquez, D. (2013). *La reforma militar...*, p. 354.

sanitaria, no por los síntomas de peritonitis, sino porque se le había diagnosticado tuberculosis pulmonar. Por si fuera poco, en la autopsia se pudo observar otras enfermedades y padecimientos: el corazón estaba afectado por una “degeneración grasosa muy avanzada” con presencia de coágulo, la corroboración del cuadro de tisis por la presencia de “granulaciones tuberculosas” en los pulmones junto con “focos neumónicos”, estómago e intestinos con hemorragias y -por si fuera poco- gusanos intestinales⁴⁸³. La peritonitis aguda causada por el neumococo fue solo la causa última de su deceso. Esta inflamación en particular no cancelaba la posibilidad de que otras enfermedades potencialmente mortales se pudieran manifestar o estuvieran latentes en el cuerpo de este soldado. De ahí que creamos que el cuadro de Mogollón ejemplifica en su cuerpo la variedad de enfermedades que podían y -de hecho- afectaban a los soldados de principios del siglo XX.

En vista de lo mencionado, creemos necesario proceder de la siguiente manera en el presente capítulo: analizaremos la presencia de las más representativas enfermedades en la vida militar. Privilegiaremos a la tuberculosis y la sífilis por sobre otras causas como el paludismo, la disentería, la tifoidea, el tifus, la peritonitis que mató a Mogollón y las enfermedades mentales. Y es que las dos primeras fueron los padecimientos que más debate suscitaron en los años iniciales del siglo XX en el medio castrense, las que fueron percibidas como amenazas -reales o no- al correcto funcionamiento del servicio militar obligatorio y, por lo tanto, a las esperanzas que suscitaba la reforma militar peruana. Ambas enfermedades, sin embargo, fueron abordadas de manera diferenciada. Como veremos a continuación, fue más fácil diagnosticar a los infectados por tuberculosis que a los pacientes sifilíticos. El impacto que tuvo la *Mycobacterium tuberculosis* fue mayor que el de la *Treponema pallidum* en términos operacionales, ya que limitaba el correcto desempeño de los conscriptos en la vida militar. Este segundo patógeno, sin embargo, fue vinculado con las doctrinas autogénicas y eugenésicas que defendían ciertos médicos militares preocupados con la raza indígena y la población peruana: es decir, su impacto se concebía como posterior a la vida cuartelaria. Las limitaciones que impuso la situación en la que se encontraba el ejército, sin embargo, afectaron a las políticas militares

⁴⁸³Archivo Histórico Militar del Perú, Caja N° 4, Dr. Evaristo M. Chávez al Coronel Director de Guerra, 08 de agosto de 1904.

antituberculosa y antivenérea, lo que -en última instancia- imposibilitó alcanzar los objetivos de la lucha contra la “Muerte Blanca” y el “Mal de Lúes”. Víctimas de esta confluencia de diversos factores fueron los jóvenes conscriptos, cuyos casos y padecimientos examinaremos en adelante.

Es necesario también advertir sobre el uso de cifras estadísticas en las siguientes páginas. En el Archivo Histórico Militar del Perú se encuentran esporádicamente cuadros sobre ciertas revisiones sanitarias a los conscriptos, padrones de licenciamiento por enfermedades y casos aislados de militares enfermos. Estas fuentes brindan información sobre diversas condiciones médicas que afectaban a los conscriptos. No obstante, documentos históricos que presentaban información con gran nivel de detalle no son una constante: hay años enteros en los que no hay cifra alguna sobre sanidad militar, lo que dificulta el poder elaborar gráficas u observar a largo plazo la prevalencia de enfermedades que afectaron al ejército.

Tenemos también otro problema con la información estadística en el ejército: mucha de esta carece de rigurosidad o fue tomada con varias licencias de por medio. Tal como mostraba Carlos Enrique Paz Soldán para 1910, quienes recogían la información estadística eran los practicantes de último año de medicina de la Facultad de Medicina de Lima, quienes no estaban suficientemente capacitados para llevar a cabo tan meticulosa tarea o, peor aún, podían confundir diagnósticos y registrar enfermedades que no correspondían según los síntomas presentados⁴⁸⁴. Por ello, la información empleada para analizar las enfermedades que afectaban al ejército en el periodo estudiado debe considerarse de carácter ilustrativo y referencial, pues aspirar a la exactitud es tarea dificultosa por las consideraciones mencionadas con las fuentes militares. Toda conclusión, a decir del propio Paz Soldán ya entonces, tendría “carácter inductivo”⁴⁸⁵. A pesar de ello, no nos consideramos imposibilitados de delinear a grandes rasgos el estado de salud de los militares de principios del siglo XX, como veremos a continuación.

⁴⁸⁴Paz Soldán, C. (1910) La medicina militar y los problemas nacionales..., pp. 58-61.

⁴⁸⁵Ibidem, pp. 59.

V. 1. El bacilo y el soldado: la tuberculosis en el ejército peruano (1900-1920)

V. 1. 1. El Ejército y la importancia del factor geográfico en el contagio tuberculoso

Si estamos buscando abordar cualquier aspecto del ejército peruano de entre siglos, es necesario tomar en cuenta en primer lugar que estamos hablando principalmente de un ejército compuesto por indígenas provenientes en su mayoría de las provincias de los Andes. Era sentido común que el medio de origen del conscripto eran los poblados de las serranías. Por esto no resultaría extraño que los médicos militares también establecieran ciertas relaciones asociativas entre la Sierra y las enfermedades con las que eran diagnosticados los conscriptos al ser examinados. Por su abrumadora presencia detectada en los cuarteles y el hospital militar, la tuberculosis fue la enfermedad que suscitaba el mayor interés entre todas las condiciones patológicas que predominaban en la institución castrense, a la cual los médicos le imprimían un carácter principalmente serrano. Veamos qué causas le fueron atribuidas.

Con el cambio de siglo, la pregunta que flotaba en el aire entre los galenos militares era la siguiente: si la tuberculosis se cebaba en los conscriptos serranos, ¿dónde la contraían ellos, en las serranías de origen o en los cuarteles capitalinos? ¿estaban los Andes tuberculizados o estaban las ciudades contaminadas a tal punto que ponían en riesgo de contagio a los indígenas que llegan desde las alturas? ¿Explicaciones ambientales, de tipo social o ambas? Aunque impulsados por intereses ajenos a los propiamente militares, entre 1886 y 1903 algunos médicos civiles intentaron dar una respuesta a estas preguntas, pues su principal preocupación era ubicar lugares en el territorio nacional donde instalar un sanatorio para pacientes tuberculosos principalmente limeños⁴⁸⁶. Uno de estos galenos era el Dr. Francisco Almenara Butler, quien en 1895 proponía a Jauja (3400 msnm) o el cerro Tamboraque (2915 msnm)

⁴⁸⁶Esta preocupación por la relación aire puro / Andes estaba presente desde mediados del siglo XIX: Manuel Pardo buscó recuperarse en Jauja de la tuberculosis que lo afectaba respirando pureza, y consideraba que la élite podría beneficiarse de él construyendo una “ciudad universitaria” lejos de la “atmósfera insalubre y corrupta” de Lima (McEvoy, Carmen, 2013, *En pos de la República*. Lima: Centro de Estudios Bicentenario, p. 239). Para 1886 el Dr. Andrés Muñoz sostenía que el bacilo de Koch no podía sobrevivir en las alturas por el aire puro y la escasez de oxígeno (Lossio, Jorge, 2012, *El peruano y su entorno: aclimatándose a las alturas andinas*. Lima: IEP, p. 33)

como lugares apropiados para sanatorios siguiendo los siguientes supuestos: la tuberculosis necesitaba de ambientes con un flujo constante de oxígeno, y ambientes de moderada o gran altitud no ofrecían estas condiciones al bacilo de Koch⁴⁸⁷, ergo no podía mantenerse el patógeno. Para 1903 una comisión técnica organizada por la Facultad de Medicina de Lima compartía la tesis del Dr. Almenara, sosteniendo que:

[...] en las poblaciones de nuestra sierra sanan los tuberculosos, sin higiene y sin medicación alguna [...] lo que prueba que en esas curaciones la parte principal corresponde a la pureza del aire y condiciones peculiares del clima de las alturas.⁴⁸⁸

En los años posteriores, muchos de los experimentos que buscarían examinar esta supuesta “pureza del aire” en las alturas -o, por el contrario, mayor contaminación atmosférica a nivel del mar- tendrían lugar empleando una población indígena de fácil acceso y principalmente proveniente de los Andes: los conscriptos del ejército⁴⁸⁹. No fue coincidencia que el científico referente a nivel mundial en el campo de los estudios de la patología de altura fuera el Dr. Carlos Monge Medrano (1884-1970), quien como mostramos anteriormente, a finales de la década de 1910 era capitán sanitario becado en EE. UU. y recomendado por los altos mandos del ejército. Gracias a su experiencia en el ejército como médico militar su doctrina de la “pureza del aire” y la aparente incapacidad de la “raza de las alturas” para lidiar con la alta humedad y el calor de la costa se consolidó a nivel mundial, cimentándose el papel de la tuberculosis como una enfermedad principalmente costeña -y, por extensión, del hombre blanco- hasta mediados del siglo XX⁴⁹⁰.

Si bien la trayectoria de la tesis costeña del origen de la tuberculosis se podía rastrear desde el siglo XIX hasta bien entrado el siglo XX, ello no significa que otras interpretaciones no buscaran disputarle espacio. Aquí, una vez más, vemos la

⁴⁸⁷Núñez, Julio (2009) *Un episodio en la historia de la tuberculosis en el Perú (Tamboraque, 1895)*. En *Histórica*, 2009, 33: 1, p. 59.

⁴⁸⁸*Informe de la Comisión Técnica nombrada por la Facultad de Medicina a solicitud de la Sociedad de Beneficencia de Lima*. En *La Crónica Médica*, 1903, año XIX, n° 338, p. 21.

⁴⁸⁹Lossio, Jorge, 2012, *El peruano y su entorno...*, p. 56.

⁴⁹⁰Lossio, Jorge, 2012, *El peruano y su entorno...*, pp. 56, 77-78. Esta relación entre el ejército, la tuberculosis y la investigación no fue planteada solo en el contexto peruano. El médico británico S. Lyle Cummins postulaba en 1908 la teoría del *virgin soil* -“suelo virgen” basándose en estudios de soldados egipcios y sudaneses, quienes aparentaban no tener “resistencia hereditaria” o racial contra la tuberculosis, por lo que, al entablar contacto con los hombres blancos, estos soldados aborígenes desarrollarían esta enfermedad. Al respecto, revisar Worboys, M. (2001) *Tuberculosis and race in Britain and its empire, 1900-50*. En Ersnt, W. y Harris, B. (2001) “Race, Science and Medicine, 1700-1960”. Londres y Nueva York: Routledge, pp. 147-148.

presencia de estudiosos de la medicina militar o médicos propiamente militares. A cinco años del surgimiento de la Sanidad Militar y tras la práctica de miles de exámenes y decenas de informes emitidos, ya existía cierta *expertise* que los sanitarios del ejército habían acumulado. De estas observaciones y dicha experiencia bebió el entonces tesista y futuro médico militar Elías Samanez para presentar su tesis de bachillerato “La profilaxis de la tuberculosis y el servicio militar” en 1909. En esta investigación se matizaban las explicaciones “étnicas” como las climatológicas entonces en boga:

[...] son los efectos de una higiene comparable a la de las esferas sociales menos favorecidas, los que ejercen en nuestro ejército una influencia inmediata casi tan intensa por desgracia como lo sería la sujeción inevitable y tiránica de los organismos defectuosos. *El soldado peruano participa de la pobreza social, pero cuenta con riqueza fisiológica; vive mal, eso es todo.*

*Sería ocioso manifestar que hoy no se reconoce a las cualidades climatológicas ni a los accidentes de altitud sobre el nivel del mar, la preponderancia que antes se les atribuía para el tratamiento de la tuberculosis. [...]*⁴⁹¹ (cursivas nuestras)

En su explicación no se descartaban las explicaciones climatológicas del todo, pero su influencia era reducida en comparación con el impacto mayor que tendrían las condiciones antihigiénicas y la “pobreza social”, el mal vivir que atravesaban los soldados. No hay mención alguna a características específicamente costeñas o serranas de la tuberculosis como en los autores anteriormente nombrados: es más, el autor sostenía incluso que este no era un problema necesariamente único del ejército, dado que también “las esferas sociales menos favorecidas” compartían la misma situación de precariedad.

Samanez no sería el único tesista que enfocaría desde una óptica social el problema de la tuberculosis en el ejército. Tres años después el ex practicante de San Bartolomé y ya médico militar Carlos Enrique Paz Soldán brindaba una conferencia a los oficiales de la Escuela Superior de Guerra, donde fundamentó su posición sobre los factores que influían en la difusión de la tuberculosis en el medio militar. Entre los referidos estaban problemas conocidos entonces como la falta de una adecuada selección facultativa de los contingentes militares, la “absoluta carencia de alojamientos saludables para el soldado”, el mal estado del vestido militar, la pésima

⁴⁹¹Samanez, Elías (1909) *La profilaxis de la tuberculosis y el servicio militar*. En *La Crónica Médica*, 1909, n°502, p. 396.

alimentación como el “factor de primer orden”, la “nostalgia” o depresión y la fatiga de la vida militar y la falta de asistencia médica⁴⁹². Como podemos notar, el factor climático brillaba por su ausencia. Paz Soldán, sin embargo, sí lo menciona, pero en los siguientes términos:

En la exposición que precede, destinada a puntualizar las causas que favorecen la frecuencia de la tuberculosis en el medio militar, *habréis notado que omito ocuparme de la influencia del cambio de clima de la Sierra a la Costa, que sufre el indio que ingresa al Ejército. Pues fijad vuestra atención: este factor del cambio de clima es por sí solo insuficiente para favorecer el aumento de la tuberculosis* y si su acción parece sensible, es porque el indio soporta junto con este cambio de clima, una otra serie de cambios más violentos, como son: el aire confinado y medio oscuro del cuartel en lugar de la atmósfera benéfica de sus punas, el reemplazo de sus trajes nacionales, [...], una alimentación distinta de la que le es habitual [...]. *No quiero decir que el cambio de clima no puede tener su influencia, solo deseo que Uds. sepan que este factor sería insignificante, sin el concurso de los otros que he puntualizado.*⁴⁹³ (cursivas nuestras)

Podemos ver aquí muchas similitudes entre los médicos militares Dr. Paz Soldán y Dr. Samanez. Ambos priorizaron las causas sociales y dejaban de lado las climáticas, planteando el problema como más vinculado con la precaria situación de los soldados dentro del ejército. Y tal como hemos observado en la situación de los cuarteles, el hospital militar y el tratamiento de los conscriptos por la institución castrense durante las primeras décadas del siglo XX, razones no les faltaban. Diferencias, con todo, estaban presentes: para Paz Soldán la costa seguía siendo el lugar donde se contraía la tuberculosis, mas no por razones climáticas sino sociales; para Samanez, por su parte, la ‘mala vida’ del militar no era monopolio de una sola región, era incluso una característica compartida con las “esferas sociales menos favorecidas” del ámbito civil. Por último, para estos médicos militares si bien el papel del factor climático en la propagación de la tuberculosis era marginal, no lo descartaban del todo, de allí que este tipo de explicaciones no solo se mantuvo vigente sino incluso se fortaleció en virtud del trabajo del investigador y exmédico militar Dr. Monge Medrano quien contó, desde la década de 1920 en adelante, con el apoyo de las fuerzas aéreas peruana y estadounidense⁴⁹⁴.

⁴⁹²Paz Soldán, C. (1912) *La tuberculosis en el ejército peruano...*, pp. 734-737.

⁴⁹³Ibidem, p. 737.

⁴⁹⁴Lossio, Jorge, 2012, *El peruano y su entorno...*, pp. 60, 64.

A continuación, presentaremos la data que consultaron y elaboraron Paz Soldán, Samanez, Alarco y diferentes médicos y practicantes militares para arribar a sus argumentos sanitarios y, principalmente, buscaremos analizar el impacto de la tuberculosis en los conscriptos desde finales del siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo XX en base a la información disponible.

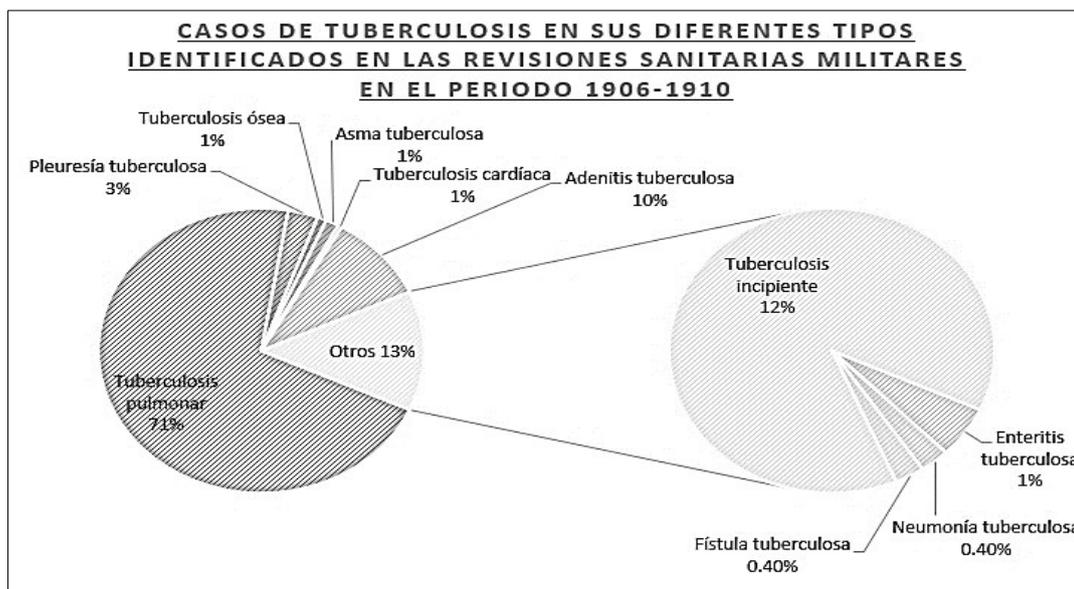
V.1.2. Aproximación estadística del impacto de la tuberculosis en el ejército peruano (1900-1920)

Como hemos visto hasta ahora, diversas fueron las tesis que se elaboraron para explicar algo que era tan evidente ante sus ojos como grave para el ejército: la gran prevalencia de tuberculosis entre los miembros de tropa. Los miembros de la Sanidad Militar, pese a que no contaban con precedentes estadísticos, procedieron a redactar sus propios informes recurriendo a cifras, con la finalidad de darle contundencia a sus propuestas de reforma sanitaria. Arribaron así a la conclusión que tanto sospechaban: los números respaldaban que la tisis tenía un gran impacto en el licenciamiento de la tropa. Pero las cifras también mostraron un panorama más complejo: había que estar al tanto no solo de la tuberculosis pulmonar, sino también de otras manifestaciones causadas por el bacilo de Koch que perjudicaban al uniformado. A continuación, veremos cómo arribaron a sus conclusiones y qué nos puede revelar ello sobre la presencia de la “Muerte Blanca” en el servicio de las armas.

Los galenos militares ya habían visto los típicos cuadros tísicos desde el siglo XIX. Era de gran preocupación ver a soldados internados en San Bartolomé tosiendo intensamente, traspirando profusamente y consumiéndose poco a poco. Conocidas eran las manchas de sangre y los ojos hundidos. Pero conforme avanzaba la ciencia médica se empezó a percibir que el bacilo de Koch no estaba presente solamente en los pulmones: los diagnósticos en la era microscópica facilitaron que el patógeno pudiera ser identificado y aislado en otras partes del cuerpo de los pacientes. La sintomatología, por lo tanto, se ampliaba. Tal fue la variedad de manifestaciones tuberculosas que, en el siglo XIX y XX, la comunidad médica tuvo serias dificultades en diagnosticarlas en sus fases tempranas y medias, puesto que compartía síntomas con muchos otros padecimientos como la fiebre tifoidea, la bronconeumonía, el

cólera, la bronquitis, la malaria, la septicemia, la meningitis, entre otras⁴⁹⁵. A pesar de esto, el personal sanitario militar hizo esfuerzos para identificar a pacientes tuberculosos tanto en las revisiones previas al ingreso al servicio como durante el mismo.

Cuadro N.º 12 con desagregado⁴⁹⁶



⁴⁹⁵Snowden, Frank (2019) Epidemics and society..., p. 272.

⁴⁹⁶Cuadro de elaboración propia. Fuentes consultadas:

Archivo Histórico Militar del Perú, 1906, Caja N° 1, Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que corresponde, 10 de mayo de 1906.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1907, Cajas N° 4-5-6, Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que corresponde, 10 de febrero de 1907.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, Caja N° 3, Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que corresponde, 12 de abril de 1909.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, Caja N° 3, Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que corresponde, 7 de mayo de 1909.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1910, Caja N° 7, Cuadro de los individuos de tropa de los cuerpos del Ejército y Escuela Militar, declarados inútiles en el presente mes de FEBRERO, 28 de febrero de 1910.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, Caja N° 5, Cuadro de los individuos de tropa de los cuerpos del Ejército y Escuela Militar, declarados inútiles para el servicio por la Junta Revisora de Sanidad Militar y Naval, y que deben ser licenciados final y temporalmente, 17 de mayo de 1910

Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, Caja N° 4, Cuadro de los individuos de tropa de los Regimientos de Infantería N° 1 y 7 declarados inútiles para el servicio por la Junta Revisora de Sanidad Militar y Naval y que deben ser licenciados finalmente, 23 de junio de 1910.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, Caja N° 5, Cuadro de los individuos de tropa de los cuerpos del Ejército y Escuela Militar, declarados inútiles para el servicio por la Junta Revisora de Sanidad Militar y Naval, y que deben ser licenciados final y temporalmente, 20 de julio de 1910.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1910, Caja N° 5, Cuadro de los individuos de tropa de los cuerpos del Ejército y Escuela Militar, declarados inútiles para el servicio por la Junta Revisora de Sanidad Militar y Naval, y que deben ser licenciados finalmente, 16 de noviembre de 1910.

Casos de tuberculosis en sus diferentes tipos identificados en las revisiones sanitarias militares en el periodo 1906-1910	
Tuberculosis pulmonar	162
Pleuresía tuberculosa	6
Tuberculosis ósea	2
Asma tuberculosa	3
Tuberculosis cardíaca	1
Adenitis tuberculosa	22
Enteritis tuberculosa	2
Neumonía tuberculosa	1
Fístula tuberculosa	1
Tuberculosis incipiente	28

Lo que nos muestra esta figura son los tipos de tuberculosis que el personal médico identificó en el ejército entre 1906 y 1910. Aquí se puede ver claramente la primacía de la forma pulmonar o *tisis* en los diagnósticos por inutilidad -es decir, con la salud comprometida y no apto para continuar con el servicio militar- con 71% de los diagnosticados. Pero lo que llama más la atención son las otras formas de esta enfermedad que se pudo identificar en los hombres de uniforme a inicios del siglo XX: ataques a los huesos (tuberculosis ósea), afecciones a la pleura, al corazón, a los ganglios (“adenitis” en caso ser inflamación, “escrofulosis” en caso degenerar en fístula), a los intestinos (enteritis), zona recto-anal (fístula) o alvéolos (neumonía). Asimismo, también se pueden identificar casos de posible coinfección con otro patógeno, tal como el *Streptococcus pneumoniae* (neumonía) o la combinación con otra enfermedad (asma tuberculosa). Con todo, no podemos dejar pasar que el segundo tipo de tuberculosis más prevalente estaba difusamente clasificado como “tuberculosis incipiente”. Probablemente se podía vincular con la primera etapa de la forma pulmonar (tisis), por ser esta última la que contaba con mayor presencia en las estadísticas.

V. 1. 3. Tiempo de servicios de conscriptos previo al licenciamiento por causa tuberculosa

La poco clara etiqueta de “tuberculosis incipiente” nos lleva a plantearnos ciertos problemas en cuanto a los enfermos tísicos del ejército. Independientemente de dónde se contrajo al Bacilo de Koch, para evaluar la efectividad del Servicio Sanitario Militar se hace necesario responder la interrogante de cuánto tiempo aproximado debía transcurrir en un caso para que los miembros de la Sanidad Militar lo consideren

como merecedor de licenciamiento. Para buscar darle solución a esta pregunta, debemos establecer primero cuánto tiempo en promedio transcurría para que un conscripto recién ingresado al servicio manifestara síntomas tuberculosos o pudiera iniciarse su proceso de licenciamiento por enfermedad.

En primer lugar, debemos afirmar que la naturaleza de las cifras sobre el tiempo de servicio de los subalternos antes de ser declarados “inútiles” era altamente variable. No solo ello, sino que también la procedencia geográfica, la edad de los efectivos, la etnicidad y el tipo de padecimiento tuberculoso eran sumamente heterogéneos. Contamos con casos como el soldado de 19 años proveniente de Lima Froylán Ríos Ortiz, identificado como “blanco”, con tan solo un mes de servicio antes de ser diagnosticado con tuberculosis incipiente y declarado “inútil” en 1907⁴⁹⁷; o el soldado trujillano “mestizo” José León, con 19 años, también con un mes de servicio, afectado en este caso por neumonía tuberculosa en 1909⁴⁹⁸; o el soldado “indio” ayacuchano Germán Palomino, que con 21 años fue licenciado tras dos meses de servicio por tuberculosis en 1906⁴⁹⁹.

La información disponible también nos permite identificar casos en el extremo opuesto, con diagnósticos tuberculosos después de extensos periodos de servicios en el ejército: uno de estos fue el del soldado “indio” de 27 años Rosendo Molinero, natural del Cuzco, que con 37 meses de servicio se le detectó tuberculosis incipiente⁵⁰⁰; también destacó el soldado “indio” de 24 años Florentino Cantolín, originario de Ayacucho, que fue declarado “inútil” por tuberculosis pulmonar tras 80 meses de servicio⁵⁰¹; o el caso del soldado “indio” de 33 años I. Huacha Espinoza, quien estuvo en el servicio 103 meses pero fue finalmente licenciado por sufrir de

⁴⁹⁷Archivo Histórico Militar del Perú, 1907, Cajas N° 4-5-6, Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que corresponde, 10 de febrero de 1907.

⁴⁹⁸Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, Caja N° 3, Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que corresponde, 7 de mayo de 1909.

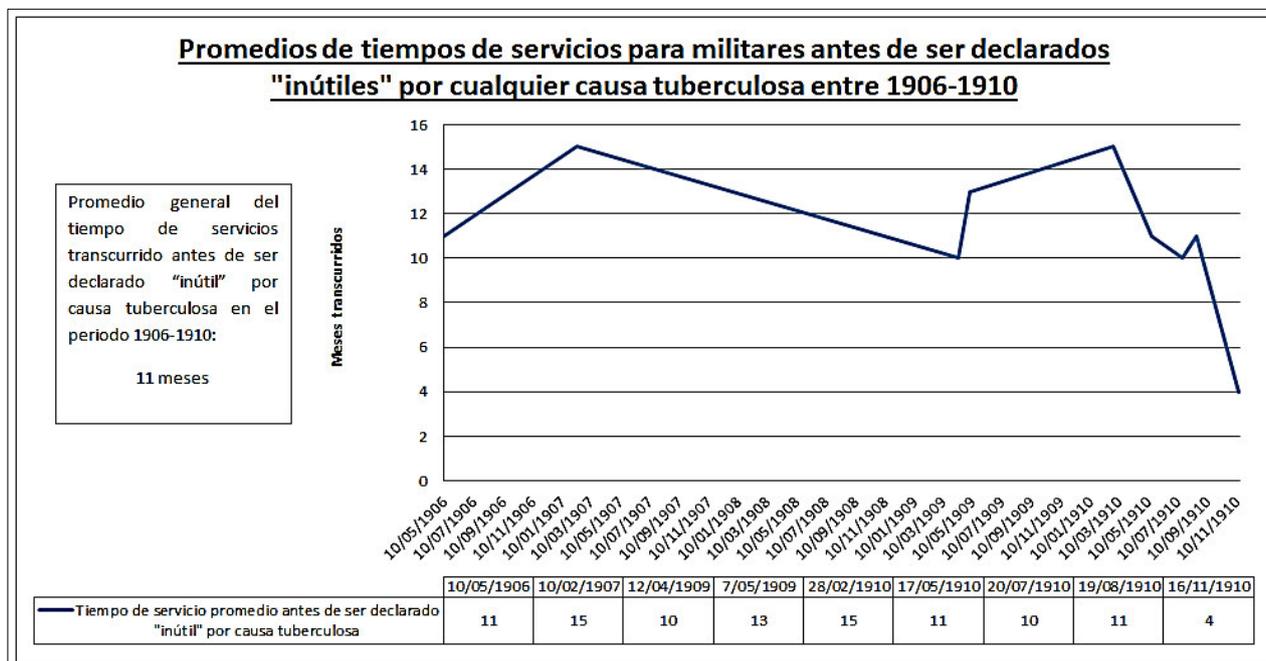
⁴⁹⁹Archivo Histórico Militar del Perú, 1906, Caja N° 1, Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que corresponde, 10 de mayo de 1906.

⁵⁰⁰Ibidem

⁵⁰¹Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, Caja N° 3, Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que corresponde, 7 de mayo de 1909.

tuberculosis pulmonar⁵⁰². Considerando entonces todas estas diferentes cifras, podemos analizar las disponibles y arribar a un promedio de meses de servicio en el ejército antes de ser declarado "inútil" y separado de la institución.

Cuadro N.º 13⁵⁰³



⁵⁰²Archivo Histórico Militar del Perú, 1907, Cajas N° 4-5-6, Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que corresponde, 10 de febrero de 1907.

⁵⁰³Cuadro de elaboración propia. Fuentes consultadas:

Archivo Histórico Militar del Perú, 1906, Caja N° 1, Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que corresponde, 10 de mayo de 1906.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1907, Cajas N° 4-5-6, Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que corresponde, 10 de febrero de 1907.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, Caja N° 3, Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que corresponde, 12 de abril de 1909.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, Caja N° 3, Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que corresponde, 7 de mayo de 1909.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1910, Caja N° 7, Cuadro de los individuos de tropa de los cuerpos del Ejército y Escuela Militar, declarados inútiles en el presente mes de febrero, 28 de febrero de 1910.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, Caja N° 5, Cuadro de los individuos de tropa de los cuerpos del Ejército y Escuela Militar, declarados inútiles para el servicio por la Junta Revisora de Sanidad Militar y Naval, y que deben ser licenciados final y temporalmente, 17 de mayo de 1910

Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, Caja N° 4, Cuadro de los individuos de tropa de los Regimientos de Infantería N° 1 y 7 declarados inútiles para el servicio por la Junta Revisora de Sanidad Militar y Naval y que deben ser licenciados finalmente, 23 de junio de 1910.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, Caja N° 5, Cuadro de los individuos de tropa de los cuerpos del Ejército y Escuela Militar, declarados inútiles para el servicio por la Junta Revisora de Sanidad Militar y Naval, y que deben ser licenciados final y temporalmente, 20 de julio de 1910.

En base a lo sistematizado en este gráfico, podemos ver que en términos generales el promedio de tiempo que los conscriptos y subalternos sirvieron en el ejército antes de ser diagnosticados como tuberculosos por el personal sanitario fue de 11 meses entre 1906 y 1910⁵⁰⁴. El conscripto o soldado permanecía en servicio casi un año sin manifestar síntomas relacionados con la tuberculosis, o sin ser detectado por los médicos militares. Según este gráfico, tenemos como tiempo promedio de servicio militar antes de ser declarado “inútil” por causa tuberculosa 11 meses. Pero es necesario también señalar que la gráfica nos muestra que hubo conscriptos a los que se les quiso separar por inutilidad tuberculosa a los 4 meses. A continuación, detallaremos uno de los informes sanitarios presentado para esa fecha:

Cuadro N.º 14: Soldados identificados como “inútiles” en revisión sanitaria militar del 15 de noviembre de 1910⁵⁰⁵

Número	Clase	Nombres y apellidos	Tiempo de servicio (en meses)	Tipo de tuberculosis / causa de inutilidad
1	Alumno de Escuela Militar	Agustín Alosilla	8	Tuberculosis pulmonar
2	Soldado	Sixto Altamirano	11	Tuberculosis incipiente
3	“ “	Agapito Ríos	2	Tuberculosis incipiente
4	“ “	Mariano Choquehuanca	2	Escrofulosis
5	“ “	Venancio Illescas	2	Tuberculosis incipiente
6	“ “	Calixto Rosales	2	Tuberculosis incipiente
7	“ “	Estanislao Valenzuela	9	Tuberculosis incipiente
8	“ “	Pablo Umidia	2	Tuberculosis incipiente
9	“ “	Julián Trujillo	9	Tuberculosis pulmonar
10	“ “	Nicolás Chura	2	Tuberculosis incipiente
11	“ “	Mariano Valencia	2	Tuberculosis incipiente
12	“ “	Juan García	3	Tuberculosis pulmonar
13	“ “	Eusebio Mamani	2	Tuberculosis pulmonar
14	“ “	Luis Allaca	2	Tuberculosis incipiente
15	“ “	Cirilo Ormasa	3	Tuberculosis pulmonar
16	“ “	Edilberto Quispe	2	Tuberculosis pulmonar
Total de militares examinados el mes de noviembre de 1910: 34 / Afectados por TBC: 16 (47%)			Tiempo de servicio promedio: 4 meses	Extremos tiempo de servicio: 11 meses / 2 meses
AHMP, 1910, Caja N°5: Cuadro de los individuos de tropa de los cuerpos del Ejército y Escuela Militar, declarados inútiles para el servicio por la Junta Revisora de Sanidad Militar y Naval, y que deben ser licenciados finalmente. 15 de noviembre de 1910				

Archivo Histórico Militar del Perú, 1910, Caja N° 5, Cuadro de los individuos de tropa de los cuerpos del Ejército y Escuela Militar, declarados inútiles para el servicio por la Junta Revisora de Sanidad Militar y Naval, y que deben ser licenciados finalmente, 16 de noviembre de 1910.

⁵⁰⁴ Se ha elegido este lapso temporal (1906-1910) por dos motivos: estar muy cerca temporalmente a la fundación del Servicio de Sanidad Militar y Naval (1904), así como la disponibilidad de padrones sanitarios en el periodo 1906-1910. Para los años siguientes la información es esporádica y brinda menos detalles, no incluyendo tiempos de servicio, edad o lugares de procedencia.

⁵⁰⁵Cuadro de elaboración propia.

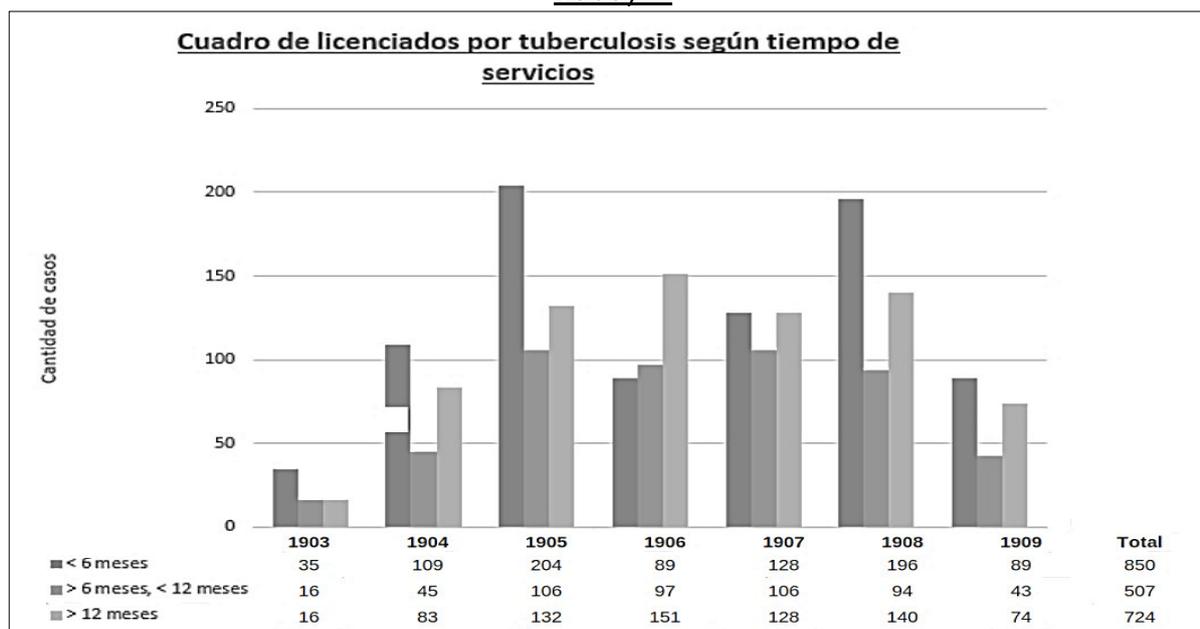
Analizando toda la información presentada hasta este punto, podemos arribar a ciertas conclusiones. Hasta este momento tenemos un perfil promedio del conscripto o soldado enfermo por tuberculosis al menos para el periodo 1906-1910, con menos de un año de servicio militar obligatorio antes de ser diagnosticado (11 meses). Mas si nos concentramos en la revisión médica con fecha del 16 de noviembre de 1910 que abordamos en este último cuadro vemos un promedio de cuatro meses para los militares afectados por el bacilo de Koch. Por si fuera poco, se nos muestra que varios de estos soldados apenas tenían dos o tres meses de servicio antes de ser relegados del ejército. Toda esta información nos ayudaría a ensayar una respuesta del origen del contagio por tuberculosis en el ejército para inicios del siglo XX: ¿dónde la contraían los conscriptos, en sus lugares de origen, de camino a los cuarteles o dentro de esas instalaciones militares de la capital y ciudades principales? Podemos señalar que era completamente factible que los soldados contrajeran la *Mycobacterium tuberculosis* en cualquier momento del servicio militar. En el caso de aquellos conscriptos que fueron diagnosticados con tuberculosis tras uno o dos meses de servicio, sin embargo, es más difícil señalar que pudieron contraer la enfermedad en el cuartel: es más probable que la hayan incubado hasta que llegaron a tales establecimientos contrayéndola anteriormente en el lugar de origen del conscripto o en las casas y “cuarteles” regionales donde pernoctaba tras ser incorporado a las filas⁵⁰⁶. Finalmente, esto último también es prueba de los perjuicios que originaban las condiciones sanitarias descritas párrafos arriba en el capítulo IV, bastando cuatro semanas en instalaciones militares insalubres como mínimo para poder agravarse la salud de los jóvenes conscriptos⁵⁰⁷.

⁵⁰⁶La tuberculosis en su forma pulmonar es una enfermedad de naturaleza crónica: puede demorar años en manifestarse y, de hacerlo, atraviesa por periodos de relapso y súbita recuperación (Dormandy, Thomas, 1999. *The White Death: a history of tuberculosis...*, p. 22). En caso pase de su forma latente (cuando la infección por *Mycobacterium tuberculosis* es contenida por el sistema inmune) a activa (reactivación de estos bacilos tras haber sido neutralizados por macrófagos en el pulmón), esto se da por debilidad en el sistema inmunológico causada por diversas condiciones, especialmente desnutrición y enfermedades inmunosupresoras como el sida. Formas agudas de tuberculosis (tuberculosis miliar o multisistémica extrapulmonar, meningitis tuberculosa o tuberculosis abdominal) donde los síntomas duran menos de 30 días y la salud del paciente degenera sustancial y rápidamente, son minoritarias y en la gran mayoría de los casos son resultado de reactivaciones de infecciones latentes de meses o años anteriores (Jacob, J.; Mehta, A.; Leonard, M., 2009. *Acute Forms of Tuberculosis in Adults*. En “The American Journal of Medicine,” n° 122, pp. 12).

⁵⁰⁷Existe una forma especialmente aguda y fulminante pero poco común de tuberculosis pulmonar, la denominada forma “galopante”, que consume al enfermo en cuestión de meses y no en años, como es lo usual (Snowden, Frank, 2019. *Epidemics and society...*, p. 273). Un ejemplo de esto lo daría el

Finalmente, este tiempo promedio de menos de un año (aprox. 11 meses) que transcurría hasta que los conscriptos reciban su licenciamiento por tuberculosis entre 1906-1910 podemos contrastarlo con otra fuente de la época, una que abarca un mayor periodo. Al revisar el análisis que hizo el bachiller Paz Soldán de la data presentada por otro tesista, Elías Samanez, podemos expandir los márgenes temporales partiendo ya no desde 1906 -como en el último cuadro presentado- sino desde 1903, un año antes de la fundación del Servicio de Sanidad Militar y Naval. Paz Soldán calculó en base a lo dicho por Samanez que entre 1903 y 1909 se tuvo 2071 licenciados por tuberculosis -sin especificar la forma que adoptó la enfermedad. En base a este universo de licenciados podemos organizar el siguiente gráfico para ilustrar de mejor manera las diferencias en los tiempos de servicios de los militares afectados por la tuberculosis:

Cuadro N.º 15: Licenciados por tuberculosis según el tiempo de servicios (1903-1909)⁵⁰⁸



inventor del estetoscopio y él mismo víctima de la tuberculosis René Laennec (1781-1826), quien en 1819 visitó un convento de monjas que mantenían un restrictivo régimen alimenticio: a dos meses de llegar al lugar dejaban de menstruar y a los cuatro meses empezaban a manifestarse los síntomas de la tisis (Dormandy, Thomas, 1999. *The White Death: a history of tuberculosis...*, p. 81). El episodio de las monjas examinadas por Laennec es ilustrativo, pues permite mostrar que en personas con dietas tan reducidas la tuberculosis pulmonar tardaba cuatro meses, no uno o dos, como podemos ver en el caso de los cuarteles del Perú a inicios del siglo XX. Estos soldados tuvieron necesariamente que haber contraído el bacilo antes de ingresar al servicio y ya estar siendo afectados por el mismo entonces, el sistema inmune debilitado por las pésimas condiciones de viaje y el mal estado de las instalaciones cuartelarias.

⁵⁰⁸Cuadro elaborado con la data presentada por Paz Soldán, C. (1910) *La medicina militar y los problemas nacionales...*, p. 58.

Notamos en un primer momento que en 5 de los 7 años cubiertos tenemos una mayor cantidad de militares licenciados por tuberculosis con menos de 6 meses de servicio. Seguido tenemos a los militares que fueron licenciados después de doce meses de servicio, como era de esperarse con una enfermedad crónica como la tuberculosis. Finalmente, tenemos a los que recibieron su licenciamiento entre 6 y 12 meses de haber iniciado su SMO. Traslado todo esto a porcentajes, tendremos lo siguiente:

Cuadro N.º 16: Condensado de licenciados por TBC en periodo 1903-1909⁵⁰⁹

Porcentajes:		
Tiempo hasta licenciamiento	Cantidad	Porcentaje del total
<6 meses	850	41.30%
<1 año; > 6 meses	507	24.40%
>1 año	714	34.30%

Coincidiendo con lo que habíamos señalado anteriormente, al menos para el periodo en el que contamos con información disponible -en este caso, de 1903 a 1909-, el 65,7% (41.3% de >6 meses + 24.4% de >1 año) de los licenciados en el ejército por tuberculosis tenía menos de 12 meses cuando fueron separados del ejército por verse afectados por la enfermedad. No podemos dejar pasar que casi la mitad de los licenciados por tuberculosis (4 de cada 10) era enviado a sus lugares de origen tan solo a los seis meses de haberse puesto el uniforme. Asimismo, que el 34.4% desarrollaba la enfermedad después de haber transcurrido un año de servicio, quizá recién manifestando síntomas por la naturaleza crónica de la tuberculosis, o muy probablemente contagiándose por ese mayoritario 65.7% tempranamente enfermo en los mal ventilados y hacinados cuarteles adonde iban a parar. Salvo ciertas diferencias como la mayor contundencia de las cifras y un mayor periodo cubierto, lo hasta ahora mencionado va acorde con el perfil aproximado que establecimos líneas arriba sobre el conscripto afectado por la tuberculosis para el periodo 1906-1910: 11 meses promedio previo a ser licenciado, es decir, menos de un año de servicio en las filas del ejército del Perú.

⁵⁰⁹ Cuadro de elaboración propia.

V. 1. 4. Prevalencia de diagnosticados con tuberculosis en revisiones militares

Teniendo ya una presentación de los tipos de tuberculosis diagnosticados y prevalentes en las revisiones militares, así como un aproximado del tiempo de servicios transcurrido antes de ser detectados por el personal sanitario del ejército, es necesario ahora señalar la prevalencia de tales militares afectados en esta institución armada verificando el porcentaje de tuberculosos en las revisiones sanitarias.

Iniciaremos con la información presentada por el Dr. Evaristo Chávez. Él anexó una estadística en la memoria que presentó al Ministerio de Guerra y Marina donde individualizaba las cifras de los declarados “inútiles” a causa de la tuberculosis en el periodo de un año (1905-1906). Veamos a continuación un cuadro que nos ayudará a ilustrar este punto:

Cuadro N.º 17: Declarados inútiles para el Servicio Militar en 1905-1906⁵¹⁰

Declarados inútiles para el Servicio				
		Por tuberculosis	Por otras enfermedades	Total
1905	En julio	24	6	30
" "	" agosto	20	15	35
" "	" setiembre	29	28	57
" "	" octubre	27	11	38
" "	" noviembre	18	14	32
" "	" diciembre	29	12	41
1906	" enero	27	22	49
" "	" febrero	37	22	59
" "	" marzo	18	18	36
" "	" abril	40	22	62
" "	" mayo	31	12	43
" "	" junio	16	9	25
Total		316	191	507

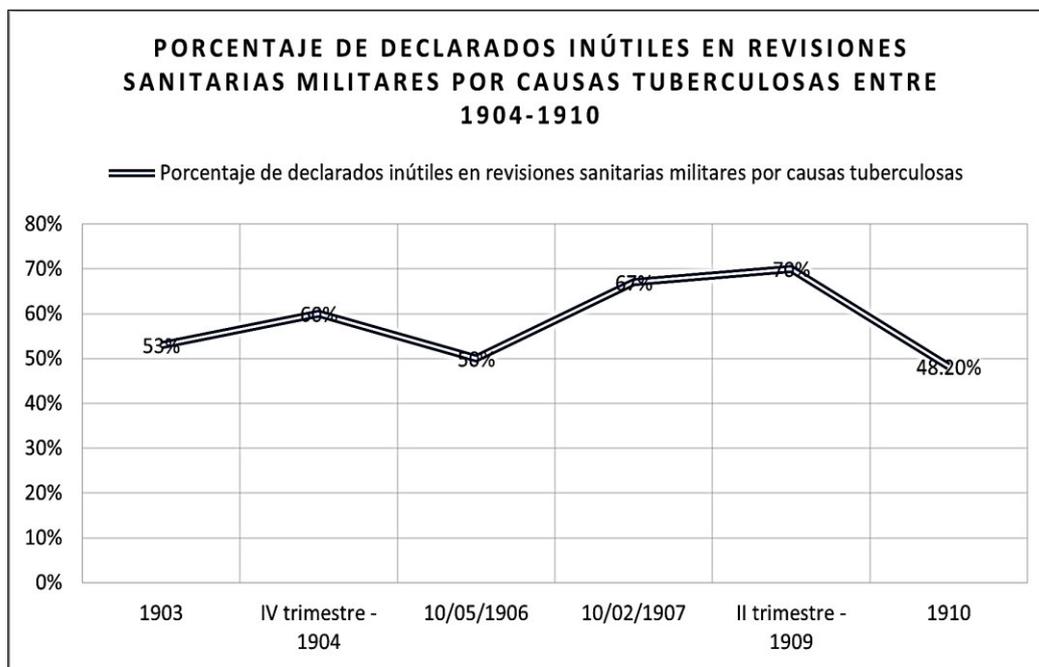
Memoria del Ministro de Guerra y Marina (1906). Lima: Tipografía de 'El Perú', p. 47.

Este cuadro muestra un detalle notable: la gran prevalencia de la tuberculosis entre los ‘inútiles’, llegando a dar cuenta del 66,33% del total. Teniendo en cuenta esta cifra, buscaremos ahora analizar ya no a nivel de un año, sino un periodo más extenso. Buscaremos también abarcar una etapa de la Sanidad Militar, en la cual dicha

⁵¹⁰Cuadro de elaboración propia.

institución estuvo bajo la dirección de su primer director, el mencionado Dr. Chávez (1904-1910).

Cuadro N.º 18: Porcentaje de declarados inútiles en revisiones sanitarias militares por causas tuberculosas entre 1904-1910⁵¹¹



⁵¹¹Cuadro de elaboración propia. Fuentes consultadas para este artículo:

Archivo Histórico Militar del Perú, 1906, Caja N° 1, Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que corresponde, 10 de mayo de 1906.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1907, Cajas N° 4-5-6, Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que corresponde, 10 de febrero de 1907.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, Caja N° 3, Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que corresponde, 12 de abril de 1909.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, Caja N° 3, Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que corresponde, 7 de mayo de 1909.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1910, Caja N° 7, Cuadro de los individuos de tropa de los cuerpos del Ejército y Escuela Militar, declarados inútiles en el presente mes de febrero, 28 de febrero de 1910.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, Caja N° 5, Cuadro de los individuos de tropa de los cuerpos del Ejército y Escuela Militar, declarados inútiles para el servicio por la Junta Revisora de Sanidad Militar y Naval, y que deben ser licenciados final y temporalmente, 17 de mayo de 1910

Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, Caja N° 4, Cuadro de los individuos de tropa de los Regimientos de Infantería N° 1 y 7 declarados inútiles para el servicio por la Junta Revisora de Sanidad Militar y Naval y que deben ser licenciados finalmente, 23 de junio de 1910.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, Caja N° 5, Cuadro de los individuos de tropa de los cuerpos del Ejército y Escuela Militar, declarados inútiles para el servicio por la Junta Revisora de Sanidad Militar y Naval, y que deben ser licenciados final y temporalmente, 20 de julio de 1910.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1910, Caja N° 5, Cuadro de los individuos de tropa de los cuerpos del Ejército y Escuela Militar, declarados inútiles para el servicio por la Junta Revisora de Sanidad Militar y Naval, y que deben ser licenciados finalmente, 16 de noviembre de 1910.

De Piérola, L. O. (1907) Profilaxis de la tuberculosis en el Ejército. En Revista Universitaria, 1907, n°10, pp. 219-220.

A primera vista, para el periodo 1903-1910 la curva no manifiesta una tendencia definida sino más bien dinámica. Un detalle que nos llama la atención es que la tuberculosis en sus diferentes formas consignaba como mínimo un 48.20% de todos los declarados “inútiles” entre 1903 y 1910, porcentajes que encendían las alarmas en la Sanidad Militar. De manera complementaria, vemos que el valor porcentual máximo de declarados como tuberculosos en las revisiones militares fue de 70% aproximadamente. Pese a la difusa naturaleza de la data analizada para esta época, los porcentajes consignados nos permiten abordar la percepción que los médicos militares tenían sobre la presencia de tuberculosos en las revisiones rutinarias. Estos altos guarismos contribuían a reforzar la imagen del servicio militar como una “causa de tuberculización”, tal como señalaba Paz Soldán en 1910, quien justamente analiza el periodo que cubrimos en la gráfica anterior:

[...] Desde el mes de julio de 1904 hasta el de junio de 1909, han sido reconocidos por la Sección técnica de la Sanidad Militar 8500 conscriptos, de los cuales fueron declarados inaparentes 960, es decir el 11% más o menos; de los 7540 dados de alta en el ejército regular, fueron licenciados por incapacidad o inutilidad 2804 es decir el 27% de los que 1804 por tuberculosis, lo que da para esta afección un porcentaje del 25% sobre el total de conscriptos, y esto después de su primitiva selección; lo que parecería probar la eficacia del servicio militar como causa de tuberculización,⁵¹² [...]

Esta cita nos brinda una mayor exactitud y cantidad de números para 1904-1910 que el último gráfico referencial que introducimos, por lo que podríamos complementar ambos. El porcentaje de conscriptos a los que se les detectó tuberculosis durante su servicio militar siguió siendo altísimo incluso con las cifras conservadoras de Carlos Enrique Paz Soldán (25% “del total de conscriptos”). Esto llevó a que el SMO fuera caracterizado como “causa de tuberculización”, es decir, el responsable del incremento de los militares enfermos por el bacilo de Koch⁵¹³. Podemos concluir que al menos un conscripto de cada cuatro había sido diagnosticado con tuberculosis desde el inicio del registro por la Sanidad Militar y Naval (1904) hasta 1910, catalogándose como “inútil” y a la espera de su licenciamiento. Lamentablemente la información disponible no nos permite comparar la prevalencia de tuberculosis en las revisiones militares para la década siguiente, aunque creemos que lo presentado

⁵¹²Paz Soldán, C. (1910) *La medicina militar y los problemas nacionales...*, p. 21.

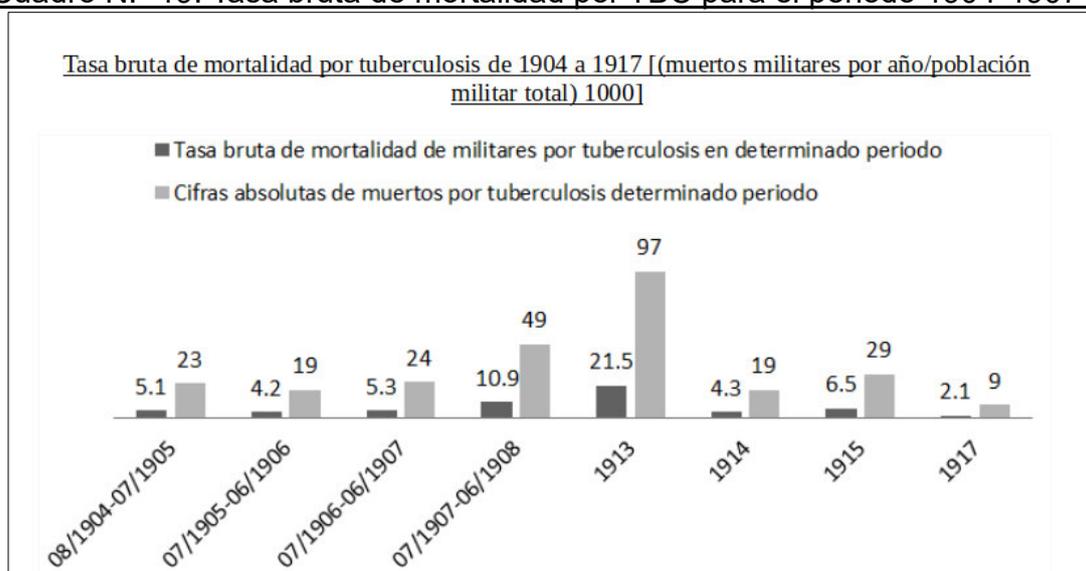
⁵¹³Decimos “cifras conservadoras” porque, como mencionamos anteriormente, este médico militar hacía una severa crítica a los métodos estadísticos de la Sanidad Militar y Naval. Creía él no que las cifras eran exageradas, sino más bien que estas subrepresentadas, a tal punto que sostener que era mejor “aceptar que las afecciones respiratorias que figuran en estas estadísticas, en su inmensa mayoría son función de tuberculosis”. (Paz Soldán, C., 1910. *La medicina militar y los problemas nacionales...*, p. 63.)

hasta ahora brinda un punto de partida para posteriores trabajos a la luz de nuevas fuentes. Teniendo en cuenta las cifras brindadas hasta ahora, nuestra investigación concluye que la “plaga blanca” tenía una significativa y constante presencia, la cual oscilaba entre 25 y 50% de los diagnosticados en las revisiones sanitarias en los primeros lustros del siglo XX.

V. 1. 5. Aproximación a la mortalidad por tuberculosis en el ejército del Perú de 1904 a 1917

A diferencia de lo sucedido con la prevalencia, en el caso de la mortalidad por tuberculosis en el ejército, la data existente nos permite cubrir buena parte de las dos décadas que abarca nuestra investigación. Incluye así desde la creación de la Sanidad Militar y Naval (1904), y continúa, salvo ciertas interrupciones, hasta 1917. El indicador empleado para medir el impacto de las víctimas mortales por tuberculosis en relación con la población militar fue el de la “tasa bruta de mortalidad”⁵¹⁴. Podemos presentar ahora una sistematización de información referida a la mortalidad por causa tuberculosa en el ejército y pondremos estas cifras en contexto tanto con lo señalado hasta ahora como con data internacional para buscar interpretarlas en su real dimensión.

Cuadro N.º 19: Tasa bruta de mortalidad por TBC para el periodo 1904-1907⁵¹⁵



⁵¹⁴Este indicador se calculaba anualmente y sigue en uso en la actualidad por instituciones dedicadas al análisis estadístico, especialmente si estas analizan una misma población a lo largo del tiempo. Revisar para más información al respecto <https://databank.worldbank.org/metadataglossary/gender-statistics/series/SP.DYN.CDRT.IN>.

⁵¹⁵Cuadro de elaboración propia. Fuentes consultadas: Memoria del Ministro de Guerra y Marina, 1905. Lima: Imprenta del Estado, p. LXXVIII.

El siguiente cuadro elaborado en base a publicaciones oficiales, documentación interna e investigaciones de médicos militares nos presenta una tendencia dinámica, con un incremento significativo tanto en la tasa bruta de mortalidad como en las cifras absolutas hasta 1913, para posteriormente empezar a decaer hasta 1917. Sobre los datos que arroja esta primera fecha en cuestión debemos detenernos un momento. Que aparentemente hayan muerto por tuberculosis en términos absolutos 97 militares en 1913 para un ejército de aproximadamente 4000-4500 efectivos, nos parece un caso de sobre registro de la Sanidad Militar y Naval, pues ni siquiera se aproxima a la siguiente cifra, 49 muertos por tuberculosis desde julio de 1907 a junio de 1908⁵¹⁶. La razón para este sobre registro sería la siguiente: la tuberculosis es una enfermedad crónica y, por lo tanto, requiere de no pocos meses y en la mayoría de casos varios años para causar el deceso: que mueran 97 militares por esta causa en 1913 implicaría que casi un centenar de efectivos pasaría todo este largo y costoso proceso crónico en el ejército con un desenlace fatal, precisamente cuando sabemos por lo visto hasta ahora que esta institución lograba licenciar a más de la mitad de todos los enfermos por tuberculosis antes del primer año. Y es que el tuberculoso era un paciente particular: contagiaba cuando estaba enfermo, y mientras más tiempo pasara en cama, aumentaban las probabilidades de difundir el patógeno que lo causaba a efectivos sanos. Por esto se buscaba licenciarlo lo más rápido posible, para que todo este proceso el conscripto enfermo no lo pasara dentro de la institución militar. No decimos que no haya habido una alta cantidad de muertes por tuberculosis, pero creemos que casi 100 militares para una institución tan pequeña registradas en 12 meses, con grandes cifras de licenciados y cuyo gran grueso eran jóvenes llamados al servicio militar obligatorio por un par de años es un hecho que llama poderosamente la atención.

Memoria del Ministro de Guerra y Marina, 1906. Lima: Tipografía de 'El Perú', p. 47.

Memoria del Ministro de Guerra y Marina, 1907. Lima: Imprenta del Estado, p. 34.

Memoria del Ministro de Guerra y Marina, 1908. Lima: Tipografía 'El Progreso Literario', p. 36.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1913, caja N° 6, Estadística Médica – Sanidad Militar. Año 1913.

Alarco, G., 1916. *Sanidad Militar...*, p. 723.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1916, caja N° 3, Teniente Coronel de Sanidad Dr. Gerardo Alarco al Sr. Coronel Jefe del Estado Mayor General del Ejército, 12 de setiembre de 1916.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1918, caja N°8, *Estadística Médica* – Sanidad Militar. Año 1917.

⁵¹⁶Para un análisis de la población militar en los primeros años del siglo XX, revisar Velásquez, D. (2013). *La reforma militar...*, p. 407.

Analizar la cifra mínima de militares muertos por tuberculosis en este gráfico de barras también nos ayudará a introducir un importante indicador. Sobre los 9 muertos por tuberculosis en el caso de 1917 (tasa de 2.1 muertos por cada mil efectivos), se cuenta con un dato interesante que nos ayudará a mostrar la menor mortalidad de la “plaga blanca”, sobre todo si la comparamos con su mayor morbilidad en los hombres de uniforme. Para ese año en específico, a estos 9 muertos por esta enfermedad podemos contraponer los 102 casos de enfermos diagnosticados por tuberculosis en sus diferentes formas registrados entonces en la estadística de la sanidad militar⁵¹⁷. Calculando con esta información disponible la tasa de letalidad [(muertes por TBC/número de casos diagnosticados por TBC) x100] para 1917 -año con la menor cantidad de muertos por tuberculosis en el ejército-, esta es de 8.8%.⁵¹⁸. Si extrapolamos este análisis de la tasa de letalidad a 1913, el año con la supuesta mayor cantidad de muertos por TBC (97) tendrían que haber enfermado aproximadamente 1102 militares por TBC tan solo ese año para tener una tasa de letalidad similar, lo cual hubiera sido un exceso de enfermos enorme para un ejército de 4500 hombres. Según este ejercicio, uno de cada cuatro efectivos tendría tuberculosis activa, lo que nos llevaría a tener una fuerza armada totalmente inoperativa para esa fecha. Si bien la tuberculosis tenía presencia a inicios del siglo XX, este escenario planteado en 1913 resulta poco probable por ser muy extremo.

Pasando a revisar las siguientes tasas brutas de mortalidad más altas del gráfico, la de 10.9/1000 (1908) y de 6.5/1000 (1915), si las comparamos con los 21.5/1000 en 1913 ambas nos parecen más verosímiles. Con todo, estas tasas brutas de mortalidad para el ejército peruano, a pesar de ser menores a las de 1913, siguen siendo muy altas si las comparamos con las tasas brutas de mortalidad de ejércitos extranjeros para la misma época. Mientras que en Perú tenía una tasa bruta de mortalidad de 10.9/1000 (1908), España para un año después tenía una tasa de 0.90/1000 (1909);

⁵¹⁷ Archivo Histórico Militar del Perú, 1918, caja N°8, *Estadística Médica* – Sanidad Militar. Año 1917.

⁵¹⁸De manera similar, la tasa de letalidad por tuberculosis en el ejército peruano para el periodo 07/1907-06/1908 la calculamos como 12.7%, si tenemos en cuenta que aproximadamente 49 fueron las defunciones por TBC en ese periodo, con 383 enfermos por TBC en total registrados en esos meses. Así, si calculamos la tasa de letalidad [(muertes por TBC/número de casos diagnosticados por TBC) x100], tenemos $(49/383)100=12.7\%$. Para el periodo 07/1906 - 06/1907 tenemos una tasa de letalidad de 7.8 [(24/308)100]. Si redondeamos las tasas de letalidad por TBC para inicios del siglo XX, podemos aproximarla como promedio a un 10%, que consideramos como la más adecuada para esta época en el ejército peruano.

Francia, país referente y de donde procedían los oficiales que organizaron la reforma militar entonces en curso, tenía para 1910 0.66/1000 y 0.65/1000 en sus colonias; EE. UU., la potencia militar emergente, tenía la tasa bruta de mortalidad más baja de todas, 0.31/1000. Salvedades aparte al comparar con ejércitos de otros países, la cantidad de 1913 es manifiestamente mayor que las tasas del Perú entre 1904 y 1917. Peor aún, la menor tasa bruta de mortalidad peruana (la de 1917, 2.9/1000) era mayor que cualquiera de las tasas extranjeras presentadas. Morían más militares por tuberculosis en el caso peruano por cada mil efectivos, a pesar de los esfuerzos de los médicos militares y personal sanitario para licenciar ni bien detectados los síntomas o signos causados por el bacilo de Koch. Veremos a continuación qué se buscó hacer para mejorar tal situación.

V. 1. 6. Entre la incuria y el interés: alcance de las estrategias contra la tuberculosis en el ejército del Perú en las primeras décadas del siglo XX.

Para presentar “estrategias” contra el bacilo de Koch que se implementaron al interior del ejército peruano entre 1904 y 1920 debemos necesariamente considerar la existencia de un aparato sanitario que llevase a cabo tales procedimientos para tratar a los enfermos por tuberculosis. Como hemos visto anteriormente, para entonces existía infraestructura en la forma de precarias enfermerías regimentarias, pero de lejos el principal elemento de este sistema era el hospital militar de San Bartolomé. No obstante, si nos referimos a este nosocomio sabemos por lo mencionado hasta ahora que este no era tenido en la mejor estima por gran parte del personal sanitario, especialmente por altos oficiales del Servicio de Sanidad Militar y Naval como el teniente coronel Dr. Evaristo M. Chávez. El vetusto, hacinado y desproveído hospital de San Bartolomé era visto incluso como causante de tuberculizar a los militares que allí se internaban en vez de contribuir a su curación.

Tal como señalamos líneas arriba, para los inicios del siglo XX estaba en boga la climatoterapia de altura desde la medicina civil. Si bien es cierto que médicos militares disputaban estas nociones, es también destacable que amparados en estas ideas se propuso al jefe del Estado Mayor General para 1907 la construcción de un sanatorio militar en la zona de Chosica dedicado específicamente a tratar pacientes

tuberculosos uniformados⁵¹⁹. Se argumentaba que el facilitar la superación de cuadros de tuberculosis a estos hombres separados temporalmente del ejército en una instalación de este tipo tendría serias repercusiones positivas más allá de las meras sanitarias:

Dicho procedimiento [de mantener en “observación” en Chosica a tísicos] evitará que los Cuerpos, cuyos efectivos son actualmente tan reducidos, reciban actualmente un contingente, cuyo 35% tienen que licenciarse antes de un semestre de servicio, *originando fuertes gastos al Erario, perjuicio a la instrucción militar, y ofreciendo a los pueblos el triste espectáculo de la vuelta de estos hombres a sus hogares en las postrimerías de la vida.* A estas bajas tan alarmantes [...] debe atribuirse en su mayor parte aquel *fundado terror y profunda aversión que sienten los ciudadanos al ser llamados al Servicio Militar Obligatorio.*⁵²⁰ (cursivas nuestras)

El autor del proyecto era consciente del enorme porcentaje de licenciados en las revisiones sanitarias (35%) y los problemas que esto ocasionaba, desde económicos hasta propiamente formativos. Con todo, lo que nos llama la atención es que aquí se consideraba que dejar a estos licenciados enfermos en el desamparo conllevaría a que regresen a sus lugares de origen “en las postrimerías de la vida”, tan solo a fallecer. Esto tenía manifiestas consecuencias en la imagen del Ejército ante los ojos de la población, especialmente la indígena, que era la que formaba en gran parte la tropa. Enviar a los licenciados al sanatorio de Chosica evitaría que regresen a sus terruños conscriptos moribundos en grandes números, ayudando así a disipar el “fundado terror y profunda aversión” que causaba el SMO precisamente porque significaba muchas veces perder la vida en regiones lejanas como la capital.

Aparte de Chosica, otros lugares a donde el ejército buscaba enviar sus efectivos para que se recuperen de la tuberculosis en la primera década del siglo XX eran los conocidos poblados en la sierra central, Tarma y Huancayo. Defendida la idoneidad de estos lugares para la recuperación de la tisis por médicos civiles, fueron también recomendados por personal sanitario militar. Testigo de esto fue el soldado Liberio Casas, quien en abril de 1909 fue enviado para su recuperación a ambas localidades serranas tras su licenciamiento por tuberculosis nada menos que por uno de los más altos oficiales sanitarios de la Sanidad y Naval, el cirujano mayor y catedrático de

⁵¹⁹Archivo Histórico Militar del Perú, 1907, cajas n° 1-2-3, Coronel Sub-Jefe de Estado Mayor General Enrique Valera al General Jefe de Estado Mayor General, 21 de marzo de 1907.

⁵²⁰Ibidem

medicina de San Marcos Dr. Leonidas Avendaño⁵²¹. Lo que podemos deducir de la mención a estos tres lugares es que todavía el ejército del Perú no contaba con un hospital militar dedicado exclusivamente a la recuperación de la tuberculosis dos años después del pedido del coronel Enrique Valera en 1907, debiendo hacer uso de localidades usadas por población civil.

Dependiendo de la localidad a la que fuera enviado el soldado licenciado Liberio Casas, necesitaría boletos de vapor o tren que lo lleven al lugar donde su salud se restablecería. Al examinar otros licenciados un año después, sin embargo, notamos que los pasajes entregados a los recién licenciados por tuberculosis no estaban dirigidos a regiones que acercaran o conectaran de alguna manera con Huancayo o Jauja. Para una muestra de esto veamos el siguiente cuadro:

Cuadro N.º 20: Lista de pasajes de militares licenciados para 1910⁵²²

Nombre	Pasaje de vapor hacia	Pasaje de ferrocarril hacia
Revisión sanitaria militar del 17 de mayo de 1910		
Juan Picón		Cerro de Pasco
Daniel Porras		Oroya
Cosme Mosquera	Casma	
Félix Escobedo	Mollendo	Puno
Mariano Quispe	Lomas	
Juan León Apaza	Mollendo	Juliaca
Rafael Calisaya Mamani	Mollendo	Pucará
Pedro Moya		Cerro de Pasco
Gregorio Sacaca	Mollendo	Ayaviri
Álex Calixto	Casma	
Julián Llunco	Mollendo	Puno
Pascual Callata	Mollendo	Puno
Benedicto Villanueva	Mollendo	Arequipa
Aurelio Aragón	Mollendo	Arequipa
Revisión sanitaria militar del 20 de julio de 1910		
Aurelio García Ramírez	Mollendo	Arequipa
Crisólogo Macasani		Matucana
Aquilino Hernández	Huacho	
Felipe Socla	Huacho	
Andrés Chocano		Cerro de Pasco
Bartolomé de la Cruz		Matucana
Savino Torres	Pisco	Ica
Juan Barbarán	Salaverry	Trujillo
Humberto Vera	Paíta	Piura
José Caicedo	Eten	Chiclayo
Alejandro Vásquez	Mollendo	Arequipa
Mariano Zárate	Mollendo	Cuzco
Manuel Arno		Cerro de Pasco
Gerónimo Morales	Casma	
Esteban Barrios	Eten	Lambayeque
Francisco Cedrón	Eten	Chiclayo
Aniceto Lama	Casma	
José Alfaro	Pisco	Ica
Guadalupe Zevallos	Casma	
Manuel Bustamante	Pacasmayo	Ventanillas

⁵²¹ Archivo Histórico Militar del Perú, 1909, caja n° 3, Cirujano Mayor Jefe de Sanidad Militar y Naval al Director de Guerra, 17 de abril de 1909.

⁵²² Cuadro de elaboración propia. Fuentes consultadas:

Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, Caja N° 5, Cuadro de los individuos de tropa de los cuerpos del Ejército y Escuela Militar, declarados inútiles para el servicio por la Junta Revisora de Sanidad Militar y Naval, y que deben ser licenciados final y temporalmente, 17 de mayo de 1910

Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, Caja N° 5, Cuadro de los individuos de tropa de los cuerpos del Ejército y Escuela Militar, declarados inútiles para el servicio por la Junta Revisora de Sanidad Militar y Naval, y que deben ser licenciados final y temporalmente, 20 de julio de 1910.

Aquí observamos que la mayoría de los boletos de estos licenciados por tuberculosis no estaban dirigidos a zonas del centro del país donde se ubicaban Jauja y Huancayo. Muchas de estas tenían como destino solo puertos como Huacho o Casma, mientras otros hacían trasbordo entre puertos y ferrocarriles hacia el interior del país, pero con dirección al norte o al sur. Estos pasajes llevaban a los recién licenciados, no a hospitales militares o camas reservadas para el ejército ubicadas en la sierra central sino, como todo parece indicar, a sus lugares de origen. Precisamente esto era lo que tres años antes quería evitar el anteriormente mencionado Subjefe de Estado Mayor General Col. Enrique Valera con la creación de un sanatorio en Chosica. Al parecer, el caso del soldado licenciado en 1909 Liberio Casas fue tan solo una excepción a la regla.

Junto a la voz del coronel Valera tenemos ya para 1910 las severas palabras del entonces tesista y practicante de medicina militar Carlos Enrique Paz Soldán. Este, en su tesis de bachillerato, luego de examinar la gran morbilidad de la tuberculosis en la guarnición de Lima y examinar soluciones como la “declaración obligatoria” de la enfermedad, el “aislamiento” y la “desinfección” de los lugares ocupados, se preguntaba sobre las “obligaciones que contrae el Estado con el soldado tuberculoso”:

[...] debo aún ocuparme de un último punto, el relativo a las *obligaciones que contrae el Estado con el soldado tuberculoso*. No es justo, no es humano, *no es moral, reintegrar a su pobre choza para que le sirva de sepulcro al indio tuberculizado en el ejército*, sin darle siquiera algo que le compense del sacrificio estéril que ha hecho de su vida al Estado.

[...] Debemos esforzarnos porque a los males que la tuberculosis adquirida en el cuartel produce, no se agregue el *justo odio que el indio enfermo tiene que sentir por la que debe ser la Institución salvadora del Perú*.⁵²³ (cursivas nuestras)

Muchas de las palabras de Paz Soldán (1910) tienen similitudes con las vertidas por el Col. Valera (1907). Para ambos, el regreso a sus tierras después del servicio del ejército significaba para el conscripto licenciado la muerte. Asimismo, tanto el oficial de carrera como el practicante de medicina militar reconocían que el hecho de que los conscriptos iniciaban sin síntomas su SMO y regresaran enfermos y con la tisis activa era un poderoso factor de desaliento para futuras altas en el Ejército con serias repercusiones para el reclutamiento. Pero lo destacable de las reflexiones de Paz

⁵²³Paz Soldán, C. (1910) *La medicina militar y los problemas nacionales...*, p. 69.

Soldán fue su preocupación explícita por las necesarias “obligaciones que contrae el Estado con el soldado tuberculoso”. Es necesario destacar el hecho que aquí se singulariza al soldado afectado por la TBC y no otro tipo de enfermos militares como aquel que debía recibir el apoyo del Estado. Por lo que vemos para 1910 esto todavía no se cumplía a cabalidad, a juzgar por lo presentado por Paz Soldán.

Es más, en la misma época y a pesar de las voces críticas contemporáneas sobre la forma del manejo de los conscriptos tuberculosos por el Ejército, vemos que se oficializó el procedimiento que ya venía llevándose desde años antes: remitirlos a sus lugares de origen sin mayor reconocimiento de las “obligaciones” que según Paz Soldán debía el Estado mantener. Solo se les garantizaba sus pasajes, que debían salir cuanto antes para que su presencia en las filas fuera lo más corta posible. Tal como menciona el entonces director de Sanidad Militar y Naval Dr. Melot en 1911:

[...] sería deseable que los *soldados dados de bajas en las Revistas mensuales de Sanidad*, salvo los casos en que su estado de salud no les permite salir, *sean al día siguiente o al inmediato sacados del Hospital* por clases de sus Cuerpos respectivos *e inmediatamente puestos en camino a sus lugares de procedencia*, debiéndose hacer cosa análoga con los exceptuados en las Revistas de Sanidad que pasan en los distintos Cuerpos del Ejército, conforme a lo dispuesto en el decreto supremo de 6 de abril de 1909 para los casos de tuberculosis ⁵²⁴. (cursivas nuestras)

Según lo señalado por Melot, ya dos años antes de su sugerencia los licenciados por tuberculosis eran enviados inmediatamente de regreso a sus hogares por decreto supremo de 1909. La relación de pasajes para 1910 que compartimos era prueba de esta política. Con todo, no podemos dejar pasar que, pese a los pocos casos encontrados de conscriptos tuberculosos derivados a hospitales en Huancayo y Jauja, tales lugares seguían siendo parte de las medidas con las que el ejército buscaba mejorar la salud de sus enfermos tísicos. La estadía del conscripto Liberio Casas en tales ciudades de la sierra central en 1909 es testimonio. Creemos que esta situación se dio por la reducida capacidad instalada de la Sanidad Militar y Naval para hacer frente a los numerosos casos de TBC que se registraban en las revistas sanitarias. Ejemplo de esto podemos verlo en un documento administrativo que nos brinda un vistazo de una de las esperanzas de la sanidad militar en la lucha antituberculosa en ambos hospitales:

⁵²⁴Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, caja nº 5, Jefe de Sanidad Militar y Naval Dr. Melot al General Jefe de Estado Mayor General del Ejército, 16 de enero de 1911.

[...] el Hospital de Huancayo no dispone más que once lechos en favor de los enfermos militares. Ahora bien, a este Hospital son enviados a la vez los enfermos no solo de Huancayo sino de Jauja, Concepción y la Oroya. [...] Esta situación ha obligado, por una parte, a *elegir a diez y seis el número de lechos militares en el Hospital de Huancayo y por otra a señalar cinco lechos en el Hospital de Jauja para los soldados enfermos*. Pero estas son medidas provisorias: *en Huancayo los diez y seis lechos están muy apretados [...]*⁵²⁵ (cursivas nuestras)

Para empezar, podemos ver que en Huancayo y Jauja para 1911 no se tenía un hospital o un establecimiento militar bajo el control de la Sanidad Militar. Con lo que se contaba era con una cantidad mínima de camas reservadas a los hombres de uniforme dentro de una institución de carácter civil. No podemos por último hablar siquiera de un nosocomio dedicado exclusivamente a los tuberculosos del ejército, sino de camas dedicadas a los militares enfermos por cualquier causa de la región de la sierra central. A pesar de que se buscó incrementar la cantidad de estas de 11 a 21 (16 en el hospital de Huancayo, 5 en el hospital de Jauja), tal medida era claramente insuficiente, como se desprende de las últimas palabras de la cita presentada. Con el Hospital Militar de San Bartolomé de Lima descartado por ser considerado como un foco tuberculoso, y con el reducido número de camas disponibles en la sierra del país, el ejército debía enviar a los enfermos a sus regiones rápidamente sino quería verse sobrepasado por su ingente cantidad.

Veamos ahora qué pasó con el que desde 1907 se perfilaba como el primer establecimiento dedicado al tratamiento de la tuberculosis en el ejército: el Sanatorio de Chosica. El ejército necesitaba de este tipo de instalaciones para así poder velar por el cumplimiento de las “obligaciones” a las que hacía referencia Carlos Enrique Paz Soldán en 1910: mejorar la salud del conscripto tuberculoso y evitar que este difundiera al Bacilo de Koch tras licenciarse. Para 1916 se documenta la existencia de una instalación sanitaria en Chosica, el denominado “Higiocomio”, el cual creemos que era el sanatorio al que hicimos referencia antes:

En vista del excesivo número de individuos declarados inútiles para el servicio por la Junta de Licenciamiento [...], se solicitó del Servicio de Sanidad informase[sic] sobre sus causas y las medidas que debían adoptarse para disminuir porcentaje tan elevado. Al elevar a US. el presente expediente, ruégole que, al dictar sus disposiciones, tome en cuenta el informe en referencia y el pedido formulado por esta Jefatura en Oficio N°2110, para utilizar el Higiocomio de Chosica como una sección del Hospital de San

⁵²⁵ Archivo Histórico Militar del Perú, 1911, caja n° 5, Jefe de Sanidad Militar y Naval Dr. Melot al General Jefe de Estado Mayor General del Ejército, 27 de noviembre de 1911.

Bartolomé y a donde se asistirán los miembros del Ejército atacados de esa enfermedad.⁵²⁶ (cursivas nuestras)

Podemos ver aquí, en primer lugar, que el siempre recurrente problema del “excesivo número de individuos declarados inútiles” en las revisiones alcanzó niveles preocupantes para 1916, a tal punto que se pidió informes a la Sanidad Militar que expliquen este incremento. Se podía esperar que se recomendaran formas para acelerar la partida de una mayor cantidad de licenciados enfermos a sus tierras de origen, en consonancia con lo hasta entonces adoptado por la Sanidad Militar. Sin embargo, lo particular en este documento presentado por el jefe del Estado Mayor General es que aquí se buscaba una forma de hacer uso militar de infraestructura civil ya disponible, como el higiocomio de Chosica, para tratar a estos enfermos, especialmente los tuberculosos. Por si fuera poco, se proponía que este local fuera puesto bajo directa jurisdicción del hospital militar de San Bartolomé de Lima, desplazando la administración de beneficencias locales u otras instituciones como era el caso de los hospitales civiles de Huancayo y Jauja⁵²⁷. Contar con el tal esperado higiocomio militar para el tratamiento de los tuberculosos desplazaba así a otras opciones como la referida terapia de altura en lugares como Jauja o Huancayo⁵²⁸. En otras palabras: al menos en el papel finalmente se perfilaba la existencia de un establecimiento dedicado exclusivamente a la asistencia de los licenciados tuberculosos y que cayera dentro de la órbita del Ministerio de Guerra y Marina.⁵²⁹

De otro lado, no deja de llamar la atención el hecho que las posturas climatoterapéuticas contra la tuberculosis siguieran teniendo presencia en las recomendaciones para curar esta compleja enfermedad. Un ejemplo ilustrativo de esto es el licenciamiento por tuberculosis pulmonar del sargento 1° Victoriano Palacios del Regimiento de Infantería N°7 en 1917. Reenganchado dos veces (total

⁵²⁶ Archivo Histórico Militar del Perú, 1915, caja n°3, Coronel Jefe accidental del Estado Mayor General J. Sarmiento al Coronel Ministro de Guerra y Marina, 16 de setiembre de 1916.

⁵²⁷ Otro local para la época estaba en pleno proceso de construcción: el Hospital Militar de Iquitos. El Ministerio de Guerra y Marina le asignaría el siguiente personal: al mando, un capitán de sanidad; un teniente farmacéutico, un sargento sanitario, un cabo sanitario y 4 soldados enfermeros. Al respecto, revisar *Memoria que el Ministro de Guerra y Marina General D. Benjamín Puente presenta al Congreso* (1917) Lima, p. 88.

⁵²⁸ A diferencia de Jauja (3400 msnm) o Huancayo (3259 msnm), Chosica tiene una elevación máxima de 861 msnm, notablemente a menor altura que las primeras y más tradicionales opciones donde se ubicaban las camas para tratar a pacientes tuberculosos desde el siglo XIX.

⁵²⁹ Lamentablemente, no se cuenta con más información en la documentación militar de época sobre este higiocomio o si algún conscripto tísico fue a iniciar su tratamiento allá. Con todo, este caso muestra la búsqueda de espacios ya disponibles para la lucha contra la tuberculosis entre las filas del ejército.

de cuatro años), al iniciar su tercer reenganche empezó a manifestar los síntomas de la tisis, por lo que pidió ser examinado. El personal sanitario brindó como terapia no enviarlo a Chosica, menos a la sierra central, sino más bien recetó como medida terapéutica su traslado a su tierra natal, Chepén (131 msnm), en la costa norte del país⁵³⁰. Hemos visto que el traslado de los militares licenciados por enfermedad hacia sus lugares de procedencia era algo común en los años anteriores como una forma de evitar nuevos contagios y brindar una “buena” muerte al conscripto. El caso del sargento Palacios, sin embargo, es particular en cuanto aquí argumenta taxativamente el médico militar que “[...] debido a adolecer de tuberculosis pulmonar que se inicia, siendo de absoluta necesidad el cambio de clima por prescripción facultativa”⁵³¹. Es decir, aquí vemos que se recomienda explícitamente el clima del lugar de nacimiento del individuo como terapia médica. Esta forma de terapia databa del siglo XIX y se fundamentaba en la noción de que el clima más “saludable” para una persona no era otro que el de su región natal⁵³². Contrario a los indios que regresaban al terruño en las postrimerías de su vida, finalmente a morir a su choza, el sargento Palacios iba por orden médica a hacerle frente a la enfermedad en su natal Chepén. Es más, a este militar el Estado sí le reconoció una “gratificación extraordinaria de tres libras” como “acto de justicia” por sus sucesivos reenganches, independientemente de los pasajes⁵³³.

Discutir cuáles de las terapias, medidas y explicaciones tuvieron mayores probabilidades de éxito en la lucha contra la tuberculosis en el ejército a inicios del siglo XX sería centrarnos en debates que escapan a los objetivos de esta tesis, especialmente si consideramos que sería solo en 1943 cuando se dispondría del primer antibiótico contra el bacilo de Koch, la estreptomina. No obstante, sostenemos que hubo un factor que permeó los años que hemos cubierto: la conciencia de la reducida capacidad del Ejército para hacer frente a la gran cantidad de enfermos de tuberculosis. Hubo ciertamente esfuerzos y proyectos como el del nosocomio de Chosica, pero que, a la luz de las circunstancias y las permanentes

⁵³⁰ Archivo Histórico Militar del Perú, 1917, caja n° 4, Coronel Jefe del Estado Mayor General a Coronel Ministro de Guerra y Marina, 07 de setiembre de 1917.

⁵³¹ *Ibidem*.

⁵³² Lossio, Jorge, 2012, *El peruano y su entorno...*, p. 15.

⁵³³ Archivo Histórico Militar del Perú, 1917, caja n° 4, Coronel Jefe del Estado Mayor General a Coronel Ministro de Guerra y Marina, 07 de setiembre de 1917.

carencias infraestructurales cuartelarias y sanitarias, no pudieron tener el impacto deseado o materializarse en algo concreto. Los diferentes indicadores de mortalidad bruta, morbilidad, tiempo de servicio antes de licenciamiento por tuberculosis, letalidad y porcentaje de licenciados tuberculosos en las revisiones médicas militares a lo largo de estos años analizados lo revelan. Podemos decir entonces que el ejército del Perú en las primeras décadas de la centuria pasada tuvo serios problemas para acometer los desafíos que la transmisión de la tuberculosis le impuso en el contexto de una movilización más regular y numerosa de conscriptos que supuso el servicio militar obligatorio. Esperamos que el acceso a más fuentes de la época y posteriores investigaciones puedan arrojar más luz sobre los pesares que este flagelo significó para aquellos jóvenes conscriptos y las circunstancias en las que vivieron entonces.

V. 2. Lúes castrense: visión panorámica de las enfermedades de transmisión sexual en el ejército (1900-1920)

Cuando en la mañana del 08 de agosto de 1904 el médico militar Dr. Manuel Zavala y Zavala realizaba la autopsia del conscripto ancashino Manuel Mogollón encontró, como habíamos visto, desde granulaciones tuberculosas y coágulos, hasta gusanos intestinales. En la zona genital se identificó una úlcera que Zavala caracterizó como un “chancro duro” sin especificar la ubicación específica de esta llaga. Pero esto no fue lo único que comprometía las partes de Mogollón. En la zona del pene era visible la “pérdida de una porción del glande”⁵³⁴. No podemos saber si estos pesares contribuyeron al deceso del soldado, pero este caso ilustra que las infecciones causadas por el bacilo de Koch y otras como las cardiovasculares y parasitarias no monopolizaban el cuerpo del uniformado afectado.

Por supuesto, esta no era la primera vez que galenos militares se topaban con casos de venéreas. En 1900, por ejemplo, en las revisiones del hospital militar de San Bartolomé se presentó el caso del internado en la cama n.º 49, el uniformado Adolfo Cortavetarte, del Escuadrón de Escolta. Este hombre ya había sido señalado como

⁵³⁴Archivo Histórico Militar del Perú, Caja N° 4, Dr. Evaristo M. Chávez al Coronel Director de Guerra, 08 de agosto de 1904.

“inútil” por padecer de “sífilis crónica” junto a tuberculosos avanzados, escrofulosos y debilitados por la disentería crónica⁵³⁵. El caso de Contavetarte es ilustrativo de la condición de los militares afectados por enfermedades venéreas porque en los años siguientes, cuando los galenos y oficiales militares se refieran a ellas, buscaban prioritariamente registrar cuadros de sífilis, la cual fue considerada la principal enfermedad de este tipo porque se la juzgaba capaz de acarrear serias y hasta mortales consecuencias al soldado. No en vano en el caso de este militar la “sífilis crónica” fue una de las causales de declaración de su inutilidad.

Avanzando en los años, vemos que en los registros de los médicos militares se van diferenciando etapas en el proceso de la enfermedad. Se dejan de usar términos generales como “crónico” para identificar, por ejemplo, en 1906, el padecimiento que afectaba al joven arequipeño “mestizo” de 19 años Eusebio Cáceres Vargas quien, con un mes de estadía en Lima, fue diagnosticado en Lima con “sífilis secundaria”⁵³⁶. Cáceres Vargas sufría así la segunda fase de la sífilis, caracterizada principalmente por una erupción cutánea que cubre amplias partes del cuerpo, así también por fiebre, inflamación de ganglios, caída de cabello, pérdida de peso y fatiga, síntomas que ciertamente mermarían el desempeño en la vida militar⁵³⁷. Un año después, en 1907, el soldado “mestizo” de 25 años Pedro Mari y Villanueva, originario del dinámico puerto del Callao, era licenciado por sufrir de “sífilis terciaria” tras 24 meses de servicio⁵³⁸. Esto significaba que este soldado chalaco ya presentaba graves daños internos en su cuerpo con particular severidad en el sistema nervioso y el cerebro, imposibilitado con toda seguridad de continuar en el servicio de las armas⁵³⁹. Al emplear los términos “secundaria” y “terciaria”, los médicos militares estaban identificando síntomas específicos y refinando su capacidad de diagnóstico.

⁵³⁵Archivo Histórico Militar del Perú, Caja N° 1, Dr. Luis del Solar al Jefe del Estado Mayor General, 07 de junio de 1900.

⁵³⁶Archivo Histórico Militar del Perú, 1906, caja n° 1, *Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que les corresponde*. 10 de marzo de 1906.

⁵³⁷Sobre las características de la sífilis en su etapa secundaria, revisar CDC (2021) *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, pp. 39-47.

⁵³⁸Archivo Histórico Militar del Perú, 1907, caja n° 4-5-6, *Parte de la revista de Sanidad del presente mes, con especificación de las causas de inutilidad para el servicio militar y la licencia que les corresponde*. 10 de febrero de 1907.

⁵³⁹CDC (2021) *Sexually Transmitted Infections...*, pp. 39-47.

V. 2. 1. Percepción y presencia de las enfermedades venéreas en el ejército de 1900 a 1920

A pesar de su gran importancia, la sífilis no fue la única enfermedad venérea con la que se topaban los sanitarios en el ejército a inicios del siglo XX y, ciertamente, no era la única con los síntomas anteriormente descritos. De hecho, la capacidad de diagnóstico e identificación de las enfermedades que padecían los conscriptos peruanos era algo más refinada de lo que se podía apreciar a simple vista, aunque aún limitada, como veremos en breve. Para mostrar esto, compartiremos un cuadro proporcionado por el Dr. Carlos Enrique Paz Soldán sobre la presencia de venéreas en la guarnición de Lima en el primer semestre de 1908.

Cuadro N.º 21: Morbosidad venérea de la guarnición de Lima (I semestre de 1908)⁵⁴⁰

Cuadro que manifiesta la morbosidad venérea de la guarnición de Lima en el 1er Semestre de 1908							
Enfermedades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total
Efectivos de la guarnición	1722	1696	1950	1694	1255	1715	
Adenitis inguinales	18	8	21	17	12	11	82
Blenorragia	12	11	15	9	2	10	59
Balanitis	-	-	1	2	1	2	6
Chancro	6	10	14	-	-	-	30
Id. blando	-	-	-	21	11	14	46
Epididimitis	1	-	1	1	2	-	5
Orquitis	10	7	3	2	2	3	27
Sífilis	1	1	2	-	2	-	6
Total	43	37	52	52	32	40	261

En este cuadro podemos ver otros nombres de enfermedades venéreas. Tenemos por ejemplo aquí incidencia de enfermedades y síntomas compartidos por varios cuadros patológicos como la balanitis (inflamación del glande), la epididimitis (inflamación del epidídimo o pequeños tubos encima de los testículos donde los espermatozoides maduran), adenitis inguinales (inflamación de los ganglios de la ingle) o la orquitis (inflamación de los testículos). Estos eran síntomas generales cuya presencia atestiguaba la inflamación de determinadas partes íntimas del hombre, pero

⁵⁴⁰Cuadro elaborado en base a la información brindada por Paz Soldán, C. (1910) *La medicina militar y los problemas nacionales...*, p. 54.

no necesariamente eran atribuibles a un solo agente patológico⁵⁴¹. Por ejemplo, la orquitis y epididimitis es compartida por la gonorrea o también llamada blenorragia (*Neisseria gonorrhoeae*) y la clamidia (*Chlamidia trachomatis*) -ausente en el cuadro⁵⁴². Por su parte, la inflamación de ganglios puede ser compartida por la sífilis y el chancroide/chancro blando. De lejos, la similitud más importante en el cuadro mostrado, en cuanto más problemática para el adecuado diagnóstico, era la que existía entre la sífilis primaria (con su típico “chancro”, causada aquí por la *Treponema pallidum*), y el chancroide (causado por *Haemophilus ducreyi*). Esta complejidad nos sirve para ilustrar que muchas veces los síntomas y apariencias comunes llevaban a diagnósticos poco diferenciables y, en consecuencia, con estadísticas comprometidas⁵⁴³. El propio Paz Soldán colocaba esta nota al pie de la misma página lo siguiente:

La estadística que nos ha servido para confeccionar este cuadro no establece diferencia entre las adenitis inguinales de causa venérea o no; así como tampoco entre las orquitis venéreas y las debidas a infecciones de otra naturaleza⁵⁴⁴.

Tomando nota de este llamado de atención, la indiferenciación de síntomas y enfermedades también podía darse por causa no venérea, por ejemplo, en el caso de

⁵⁴¹Esto no era algo propio del caso peruano. Por ejemplo, a finales del siglo XVIII y gran parte del siglo XIX tenemos el caso de la confusión de los síntomas de la sífilis y la gonorrea (también conocida como blenorragia), lo que se reflejaba en las estadísticas de los hospitales-prisión militares en Madras (India) para la segunda mitad del siglo XIX. Fue difícil para los cirujanos británicos diferenciar estas enfermedades hasta al menos 1879. Sería recién en 1905 donde el agente causante de la sífilis, la espiroqueta *Treponema pallidum* sería aislada tanto por un dermatólogo graduado de la Academia de Medicina Militar de Berlín, Erich Hoffman, como por el zoólogo alemán Fritz Schaudinn. Al respecto, revisar Wald, E. (2014) *Vice in the barracks. Medicine, the Military and the Making of Colonial India, 1780-1868*. Chennai: Palgrave, pp. 51-52.

⁵⁴²En cuanto a los síntomas de la clamidia, se tiene la descarga de fluido en el pene, ardor al orinar y dolor e hinchazón de uno o dos testículos. Respecto a los síntomas característicos de la gonorrea (blenorragia), esta comparte los dos primeros síntomas -descarga purulenta y dolor al orinar- pero raramente se inflaman los testículos. Tener en cuenta entonces que la similitud en los síntomas pudo en la época llevar a contar a las infecciones por clamidia como gonorrea. Y es que la *Neisseria gonorrhoeae* fue descubierta décadas antes (1879), mientras que la *Chlamydia trachomatis* lo fue recientemente en 1907, un año antes de la estadística presentada por Paz Soldán. Para más pormenores de la gonorrea en hombres, revisar John, J. y Donald, W. (1978) *Asymptomatic urethral gonorrhoea in men*. En *British Journal of Venereal Diseases*, 1978, 54, pp. 322-323. Sobre la clamidia en hombres, revisar CDC (2021) *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, pp. 71-77.

⁵⁴³Las autoridades concebían a las enfermedades venéreas como un todo, íntimamente relacionadas en sus causas y consecuencias. A pesar, sin embargo, que con la sífilis se lidiaba desde hacía décadas de manera independiente, muchas veces el uso de “sífilis” era usado de manera tan general que abarcaba a las otras enfermedades venéreas. Para más información, revisar Pasco Álvarez, C. Y Núñez Espinoza, J. (2009) *Medicina, prostitución y sífilis en Lima y Callao: 1910-1930*. En Cueto, M., Lossio, J. y Pasco, C. (eds) *El rastro de la Salud en el Perú*. Lima: IEP, Universidad Peruana Cayetano Heredia, p. 183.

⁵⁴⁴Paz Soldán, C. (1910) *La medicina militar y los problemas nacionales...*, p. 54.

la orquitis (inflamación de testículos), pudiendo ser causada por el virus de las paperas⁵⁴⁵. Asimismo, anteriormente vimos que la adenitis (inflamación de los ganglios) también podía ser causada por la presencia del *Mycobacterium tuberculosis*. Estas limitaciones también eran reconocidas por el propio Paz Soldán en 1910 y debemos, por lo tanto, también tomar como referenciales estas estadísticas.

Específicamente sobre la sífilis, esta enfermedad era una vieja conocida del ejército en el siglo XIX⁵⁴⁶. Al inicio del siglo XX, se tenía el convencimiento que por ser una institución que se constituía principalmente por jóvenes, la “virilidad” de estos -muy apreciada en una institución castrense- era también un elemento contraproducente, pues los conscriptos por su propia libido estarían “singularmente dispuestos a contraer las enfermedades venéreas”⁵⁴⁷. Pero este padecimiento no estaba restringido solamente a los briosos soldados, pues los superiores de mayor edad también caían presa de las enfermedades de la carne, a juzgar por este relato de 1901 que hizo el tesista F. Revoredo:

[...] Hasta hoy es *relativamente mayor el número de oficiales que ingresan al hospital por ellas [las enfermedades venéreas]*, hecho que comprueba la relación que existe entre la probabilidad de contraerlas y la *cantidad de dinero de que se puede disponer*⁵⁴⁸. (cursivas nuestras)

Un ejército cuyos miembros, independientemente de su edad o rango, estaban expuestos a las venéreas era algo bastante conocido. Pero veamos ahora geográficamente cómo en estos años la presencia de la sífilis se distribuía por las diversas guarniciones del país. Para esto, podemos ayudarnos de la detallada relación que brindaba la Memoria del jefe de la Sanidad Militar y Naval para 1907. En esta ilustrativa relación vemos que las enfermedades venéreas no estaban solamente presentes en el hospital militar de Lima. Por ejemplo, en las tropas acantonadas en el puerto del Callao las venéreas constituían la tercera causa de enfermedad con 8,50%,

⁵⁴⁵Masarani, M.; Wazait, H. y Dinneen, M. (2006) *Mumps orchitis*. En “Journal of the Royal Society of Medicine,” 2006, vol. 99, noviembre, pp. 573-574.

⁵⁴⁶Pasco Álvarez, C. Y Núñez Espinoza, J. (2009) *Medicina, prostitución y sífilis en Lima y Callao: 1910-1930...*, p. 182.

⁵⁴⁷ Revoredo, F. (1901) *Higiene Militar. Tesis presentada por Federico Revoredo, para optar el grado de bachiller, en la Facultad de Letras*. En “Anales de la Universidad Mayor de San Marcos de Lima”, 1901, tomo XXVIII. Lima: Imprenta Liberal, p. 369.

⁵⁴⁸Ibidem.

después de la primera (paludismo, con 14.78%) y antes de la disentería (5.90%). También a las afueras de Lima en el campamento militar del Cascajal se daba cuenta de ellas, aunque más bien con una modesta presencia (5,39%), muy atrás del paludismo (19.34%) y la disentería (11,47%). En el sur, su presencia en Arequipa arrojaba porcentajes de 7,16% frente a un 26,31% de la gripe entre las fuerzas acantonadas en la ciudad (2335 msnm), y un 9% de venéreas ante un 16,66% de la gripe en Tingo.⁵⁴⁹ Contrario a lo que se creía para este ejército -cuya tropa estaba principalmente conformada por indígenas y mestizos- las venéreas también hacían sentir su presencia lejos de la capital, en cuarteles a más de 2000 metros de altitud, como veremos más adelante.

A pesar de estos datos que respaldan la presencia de venéreas ya en 1907, fue surgiendo desde 1910 una visión discordante con lo hasta ahora presentado. El encargado de presentarla fue el Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, quien en su tesis de bachillerato señalaba, contrario a lo presentado al menos desde 1901, lo siguiente:

Muy interesante sería estudiar la razón del escaso número de soldados sifilíticos, que acusa esta estadística y que comprueba el hecho de que *en toda mi práctica hospitalaria en San Bartolomé si he visto diez sifilíticos he visto muchos*. Esta sería una interesante investigación que *tal vez prestaría asidero a la opinión de que los indios son algún tanto refractarios a la sífilis*⁵⁵⁰. (cursivas nuestras)

Paz Soldán buscó fundamentar su posición en su propia experiencia médica señalando la reducida cantidad de enfermos de sífilis que él había visto en San Bartolomé, el mismo hospital que nueve años antes (1901) tenía un número “relativamente mayor” de oficiales tratándose allí⁵⁵¹. Asimismo, a juzgar por lo señalado entonces por Revoredo, el número de “jóvenes” -con toda probabilidad conscriptos de origen andino- tampoco sería un detalle menor. Lo que más destaca, sin embargo, es el “guiño” que Paz Soldán hizo a la “opinión” de que los indios eran “refractarios” a la sífilis. Y es que a finales del siglo XIX e inicios del XX se estableció en la comunidad médica peruana una jerarquía racial en la que blancos, indios, negros y mestizos tenían mayor o menor probabilidad de contraer el también famoso “mal de lúes” dependiendo del peldaño en el que se ubicaran. Notar cómo se

⁵⁴⁹Anexo N°2. *Memoria del Jefe de la Sanidad Militar y Naval*. En Memoria del Ministro de Guerra y Marina (1907) Lima: Imprenta del Estado, p. 32

⁵⁵⁰Paz Soldán, C. (1910) *La medicina militar y los problemas nacionales...*, p. 54.

⁵⁵¹Revoredo, F. (1901) *Higiene Militar...*, p. 369.

presentaba a los indios en comparación con las otras razas en este fragmento de una tesis de bachillerato en medicina defendida por C. Alonso Pasquel en 1912, dos años después de la tesis de Paz Soldán:

La raza blanca, la mejor dotada, tiene y tendrá siempre la supremacía y el primer rango en la familia humana. Por eso, en nuestra nación, son los blancos los directores de la cosa pública, los dueños de la riqueza [...] Los blancos, poseedores del predominio social en todo orden de manifestaciones elevadas y cultas, los de más amplio desarrollo intelectual [...], no deja[n] por eso de pagar grueso tributo a las enfermedades y la sífilis, que parece acomodarse bien donde existe ambiente de bienestar, los cuenta entre sus clientes más asiduos y preferidos [...] Los mestizos ocupan el segundo plano en la disposición estratiforme de los pobladores de esta ciudad, lugar que les corresponde por su número y el valor propio de su grupo étnico [...] *La sífilis infecta poco al elemento indígena* [...] Los negros, que ocupan las más bajas esferas sociales, se distinguen por su desarrollado sensualismo, y los hábitos de ociosidad que les son innatos, dándoles ocasión al vicio [...] (es) la clase más azotada por las infecciones venéreas [...] ⁵⁵² (cursivas nuestras).

La frase “la sífilis infecta poco al elemento indígena” era opuesta, por su laconismo, a explicaciones del *por qué* otras razas adquirirían la también llamada avariosis. Nótese por ejemplo que el grado máximo estaba reservado para los negros propensos a esa “ociosidad” y “sensualismo” que supuestamente los caracterizaba. También estaban los blancos que por su capacidad económica –“clientes más asiduos y preferidos” como los mencionaba Pasquel, por cierto, muy similar a lo dicho por F. Revoredo sobre los oficiales en 1901- pagaban gran tributo al *Treponema pallidum*. Luego venían los mestizos y finalmente los indios, que se entiende implícitamente no eran ni sensuales ni contaban con la capacidad adquisitiva para visitar los lupanares con frecuencia⁵⁵³. Creemos que Paz Soldán, al hacer referencia a esa “opinión” sobre una

⁵⁵²Pasquel, C., (1912) *Frecuencia de la Sífilis en Lima. Tesis de Bachiller*, en La Crónica Médica, 1912, XXIX: 557, pp. 409-423. Tomado de Bustíos Romani, C. (2004) *Cuatrocientos Años de Salud Pública en el Perú*. Lima: UNMSM, pp. 540-541.

⁵⁵³Durante el siglo XIX e inicios del siglo XX en la región andina se consideraba al soldado indígena como una persona sin emociones, incapaz de amar a la rabona y empecinado en desfogar en ella todas las frustraciones causadas por los infortunios de la vida militar. El intelectual boliviano Joaquín de Lemoine describía para 1912 el momento del adiós entre el indígena llamado al combate y su pareja en los siguientes términos: “¡Triste adiós! El soldado ni siquiera se encarga de desgarrar su túnica [de la rabona] y coronarla de flores, como hacían antes en la guerra púnica, en señal de recuerdo, los romanos con las matronas, al tiempo de despedirlas. ¿Qué corona de flores pondría el soldado sobre la frente de esa pobre mujer, cuando durante la comunidad de su vida la ha coronado con las espinas del sufrimiento? ¿Qué túnica va a desgarrar, si los andrajos que la cubren están desgastados por sí?”. A pesar de esto, aquella incapacidad de sentir afecto se remediaba a la hora que el indígena consumía alcohol: ahí podía manifestar sus emociones, pero lo hacía en pro de satisfacer sus bajos instintos fallando a la mujer que lo amaba incondicionalmente. Lemoine sostenía a continuación lo siguiente: “[...] Y después de su partida, una noche, dos, tres, y aun es mucho, estará solo el soldado, bajo su tienda de campaña. Para él la vida es una orgía. Ha arrojado la copa en que libaba, ¡mañana beberá en otra!... Y en esa tienda, verdadera gruta de Caprea, ya hay nuevamente una pareja amante”

reducida capacidad de contagio de los indígenas ante la sífilis, adelantaba lo que posteriormente en el ámbito civil sería observado por Pasquel.

Sería a través de su experiencia posterior que Paz Soldán -ya convertido en capitán sanitario- pudo constatar si verdaderamente las poblaciones andinas eran “refractarias” a las enfermedades venéreas en general y a la sífilis, en particular. Durante un viaje a Cusco hacia 1913, el Dr. Paz Soldán constató *in situ* la prevalencia de ciertas enfermedades sobre otras gracias a la estadística civil y militar proporcionada por el médico titular de la región, el Dr. Velazco. Las cifras mayoritarias, tanto de morbilidad como de mortalidad, mostraban la desproporcionada presencia de las enfermedades gastrointestinales producto de un pésimo estado sanitario en la zona. Pero en las cifras mostradas a simple vista no pasaban desapercibidos los contundentes números de enfermos venéreos indígenas: para 1911 el Batallón N°5, residente en la Ciudad Imperial, de 240 plazas había registrado 108 atenciones por este tipo de enfermedades (entre sífilis, chancro y blenorragia), ciertamente, menor que los 335 casos de enfermedades digestivas y 123 de respiratorias⁵⁵⁴. Aun así, las enfermedades venéreas tenían una presencia de ninguna manera despreciable en el grueso de la tropa en las alturas de Cusco. Estas cifras militares estaban fuertemente relacionadas a los cuadros propios de la población civil local -principalmente indígena o mestiza- que no la pasaban mejor en términos sanitarios, a juzgar por la relación de enfermedades predominantes en la región dada por Paz Soldán con ayuda del médico titular local:

Si nos atenemos a los datos del Dr. Velazco, profundamente conocedor de la localidad: la tifoidea, la disentería, *las enfermedades venéreas*, las neumonías y la viruela constituían las *enfermedades endémicas de la población civil*. [...] ⁵⁵⁵ (cursivas nuestras)

Tanto el cuartel donde se hospedaba el Batallón N°5, como la propia población cusqueña, demostraban que las venéreas tenían asidero entre los lugareños y la sífilis -aunque en menor proporción que otras enfermedades de transmisión sexual- se

(Lemoine, J, 1912, *Diamantes sudamericanos*. París: Sociedad de Ediciones Louis Michaud, pp. 36-37). Esta ambivalencia entre el carácter estoico, inexpugnable y severo del indio, por un lado, y su propensión a incurrir en actos libidinosos solo tomando alcohol tenía también correlato en la vida militar: se esperaba que sobrio el indio no manifestara deseo sexual o necesidad de afecto, pero se buscaba aislarlo del alcohol para que así no se entregase a los placeres carnales.

⁵⁵⁴Paz Soldán, C. (1913) *La Región Cuzco-Puno. Estudio Médico-Militar...*, pp. 6-7.

⁵⁵⁵Ibidem, p. 9

hacía manifiesta en los cuerpos de los cusqueños, para ilustración de un Paz Soldán que solo tres años antes dudaba que esto fuera posible.

Independiente de la polémica de si un grupo racial era aparentemente “refractario” o no de ciertas enfermedades e infecciones de transmisión sexual, debemos considerar también cuáles se suponían eran las consecuencias de contraer este tipo de enfermedades para el país, en general, y una de sus instituciones más representativas -el ejército- en particular. En este sentido no podemos dejar de notar las similitudes entre el medio civil y el militar, como veremos a continuación. En el ámbito civil, para inicios del siglo XX, hemos notado en capítulos anteriores una creciente preocupación de funcionarios del Estado para desarrollar un modelo moral y sanitario del ciudadano peruano ideal⁵⁵⁶. Este celo por “mejorar” la población del país tenía en la noción de “raza” una pieza fundamental en el proceso que anteriormente describimos como “autogenia” respecto del cual las élites ilustradas, como los médicos, consideraban que debían ser sostenida por tecnologías como la higiene. Su aplicación permitiría contribuir con el objetivo de formar a un nuevo peruano, libre de pestes que limitaban sus potencialidades como sujetos nacionales⁵⁵⁷. Solo a ciertas condiciones médicas se les reservaba el “privilegio” de ser consideradas “enfermedades degenerativas” que afectaban el pleno desarrollo de una población, en este caso, la peruana: estaban entre estas la lepra, la tuberculosis y las enfermedades venéreas⁵⁵⁸. Ciertos hábitos también tenían una connotación de

⁵⁵⁶Pasco Álvarez, C. Y Núñez Espinoza, J. (2009) *Medicina, prostitución y sífilis en Lima y Callao: 1910-1930...*, p. 182.

⁵⁵⁷ Este interés por “mejorar” a la población no era privativo del Perú. Para ver cómo los médicos reformistas latinoamericanos de la Medicina Social o reformadores médicos tenían interés en hacer que las poblaciones pudieran superar trabas históricas como las enfermedades infectocontagiosas y se encaminaran en engrandecer sus países, véase Reggiani, A. (2019) *Historia mínima de la eugenesia en América Latina*. México D.F.: El Colegio de México, pp. 17-18.

⁵⁵⁸Pasco Álvarez, C. Y Núñez Espinoza, J. (2009) *Medicina, prostitución y sífilis en Lima y Callao: 1910-1930...*, pp. 191-192. Ya para 1901, en su discurso de apertura del año académico, el catedrático y médico militar Dr. Leonidas Avendaño declaraba ante la audiencia la necesidad de medidas radicales para evitar los efectos de aquellas “tres plagas” (tuberculosis, alcoholismo y sífilis) en el futuro de la población: “[...] Las exigencias de la vida reclaman en la actualidad algo más: *debe precisa y terminantemente prohibirse el matrimonio a los individuos que padezcan de una de las tres grandes plagas que se disputan a porfía la ingrata tarea de cegar existencias humanas; me refiero a la tuberculosis, a la sífilis y al alcoholismo: verdaderas llagas sociales que cada día extienden más el radio de su devastadora acción y cuya nefasta influencia se transmite fatal y necesariamente al producto de la concepción.*” (cursivas nuestras). Tomado de Avendaño, L., 1901, *Discurso académico de apertura del año universitario de 1901 pronunciado por el doctor don Leonidas Avendaño, Catedrático de la Facultad de Medicina...*, p. 35. Sobre la difusión de las teorías de la degeneración en

“veneno racial” en cuanto el daño que causaban no solo afectaba permanentemente al individuo que padecía sus efectos, sino también de manera hereditaria: tenemos aquí al abuso de sustancias, con énfasis en el alcoholismo en el caso indígena⁵⁵⁹. En el caso de las enfermedades era la sífilis aquella identificada como la más característica entre estas venéreas y aquella que tenía especial capacidad para comprometer el futuro del país afectando a la descendencia de los peruanos.

Cuando el prejuicio de la cuasi inmunidad de los indígenas a las venéreas en el ejército fue perdiendo adhesión entre los círculos médicos militares y civiles a partir de 1913, la percepción de que su existencia en el ejército no solo se hizo más sólida, sino que fue considerada como sustancialmente tal alta que podía amenazar a la institución armada y al futuro del país⁵⁶⁰. Mientras que en el ámbito civil se llevaba a cabo una fuerte reforma antivenérea que buscaba regular minuciosamente el ejercicio del meretricio en las ciudades -especialmente en Lima y el Callao-, la Sanidad Militar contó con una autoridad que buscó impulsar reformas para la prevención del contagio de las ETS entre las filas, su director a partir de 1913, el teniente coronel Dr. Gerardo Alarco. Debe anotarse, sin embargo, que este interés por buscar dar solución al problema venéreo no se dio tan pronto el Dr. Alarco asumió funciones: para entonces la lucha antituberculosa seguía siendo el eje fundamental de la Sanidad Militar, legado de las anteriores gestiones y que ciertamente no era injustificada, tal como vimos líneas arriba⁵⁶¹. Abanderado de la medicina preventiva abocada al ámbito militar, fue

boga entonces, consultarse Caponi, S. (2009). *Para una genealogía de la anormalidad: La teoría de la degeneración de Morel*. *Scientle Studia*, 7(3), 425–445.

⁵⁵⁹Mientras que los promotores de la eugenesia en Europa priorizaban un control de las relaciones “interraciales”, en el caso latinoamericano se tuvo un mayor énfasis en restringir la presencia de estos “venenos raciales” que degeneren a los habitantes de estos países, especialmente a los indígenas. Las enfermedades venéreas aquí tenían primacía. Para más sobre esto, revisar Stepan, N. (1996) *The hour of eugenics: race, gender and nation in Latin America...*, p. 85. Sobre las preocupaciones sobre el posible daño degenerativo que el consumo de alcohol podía causar en el Perú del S. XIX e inicios del XX, especialmente desde las ansiedades demográficas, consúltese Fonseca, J. (2000). *Antialcoholismo y modernización en el Perú*. *Histórica*, XXIV (2), pp. 327-364.

⁵⁶⁰Como indicamos en los capítulos previos, debemos recordar que el ejército para esta época era considerado un agente principal en la construcción de una nación moderna. La institución tenía una clara “misión civilizadora” donde la adquisición de la lectoescritura y el fomento de los hábitos higiénicos eran fundamentales para “redimir” a indígenas y que estos, tras licenciarse, regresarán a sus pueblos a continuar con esta cruzada civilizadora. Si esto se alcanzó o en qué grado, es materia de otro debate. Para más al respecto, revisar Mabat, Y. (2020) *Veterans of Christ...*, p. 199.

⁵⁶¹Esto no significa que previamente médicos militares no habían enfocado el tema de las venéreas y observado cifras preocupantes. Vimos que el tesisista Revoredo presentaba en 1901 los datos por él recopilados donde se mostraba un alto número de oficiales afectados por estas enfermedades, Para 1910 -el mismo año de la tesis de bachillerato de Paz Soldán- el médico José Olivencia investigaba

gracias a Alarco que se pudo compartir el celo médico aplicado a la tuberculosis con el mal de lúes, e iniciar así el paulatino tránsito de un enfoque punitivo-regulador, tanto para los soldados como para las prostitutas civiles, hacia una perspectiva que enfatizaba profilaxis de las venéreas -especialmente la sífilis⁵⁶². Con todo, la argumentación que brindaba el Dr. Alarco para fundamentar este giro bebía mucho de la concepción racial que presentamos en el párrafo anterior, tal como podemos ver a continuación:

Entre los numerosos factores morbosos que perturban la salud y aminoran las condiciones eugénicas de la raza, la sífilis figura en primera línea.

Todos los individuos están expuestos a contraerla y mientras no exista una profilaxis perfecta y bien cumplida, y entre las víctimas de la avariosis se cuenta no pocos miembros del Ejército, [...]»⁵⁶³ (cursivas nuestras)

Tal como hicimos mención, la sífilis se consideraba “en primera línea” entre los diversos “agentes morbosos” que amenazaban al Ejército. Pero las consecuencias tendrían una impronta no solo en la salud de sus miembros sino -y, sobre todo- en las “condiciones eugénicas de la raza”. Ante esta situación, lamentaba Alarco que no se pudiera fomentar una “profilaxis perfecta”, es decir, una forma de prevenir en primer lugar el contagio como tal. Una sensación de urgencia transmite esta cita de Alarco, sensación de necesidad para corregir algo tan serio como el daño que causaría la sífilis tanto a la “raza” indígena como a la concebida a nivel nacional. Creemos nosotros que esta suerte de emergencia racial a la vez que obligaba a adaptar un enfoque profiláctico hacía necesario el tomar acciones más contundentes y autoritarias, aunque no por ello más efectivas. Para ilustrar esto, procedemos a citar

las ahora llamadas enfermedades de transmisión sexual en el ejército en un artículo publicado en 1913, donde constató que entre 1905 y 1908 la morbilidad de venéreas era un altísimo 121-131/1000 efectivos (Olivencia, J. *Contribución al estudio de las enfermedades venéreas en el ejército del Perú* [1910]. En *Revista Universitaria*, 1913, vol. II, pp. 1-98). Para 1914 el Dr. Néstor Roldán encontraba que hasta 16% del total del efectivo nacional padeció de estas enfermedades en 1909. Ambas referencias fueron tomadas de Drinot, P., 2020, *The sexual question. A history of prostitution in Peru, 1850-1950s*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 194-195.

⁵⁶²Sobre la impronta de la perspectiva preventiva enfocada en el tratamiento de las enfermedades en y promovida del teniente coronel Dr. Gerardo Alarco, revisar Matallana, G. y Salaverry, O. (2000) *Historia de la Medicina peruana en el siglo XX*. Lima: Fondo Editorial de la UNMSM, pp. 209-213. Debe notarse que en la década de 1910 al interior del Instituto de Sanidad Militar convivían dos posturas, una centrada en la regulación de la prostitución y el control de los militares en las calles, y otro enfoque centrado en evitar el contagio a través de la instrucción a los uniformados sobre los peligros de las enfermedades venéreas. Al respecto, ver Drinot, P., 2020, *The sexual question...*, p. 196

⁵⁶³Archivo Histórico Militar del Perú, 1919, Caja n° 11. G. Alarco al Señor General Ministro de la Guerra, 18 de febrero de 1919.

un fragmento de la memoria presentada por el Dr. Alarco en calidad de director de la Sanidad Militar para 1918:

[...] es necesario realizar la lucha indispensable para prevenir las enfermedades venéreas, o para esterilizar a los sifilíticos impidiendo que salgan del Ejército, como elementos propagadores de tan temible infección, contribuyendo además a la degeneración de la raza, para dicha campaña son necesarios Lp. 50 000 anuales⁵⁶⁴. (cursivas nuestras)

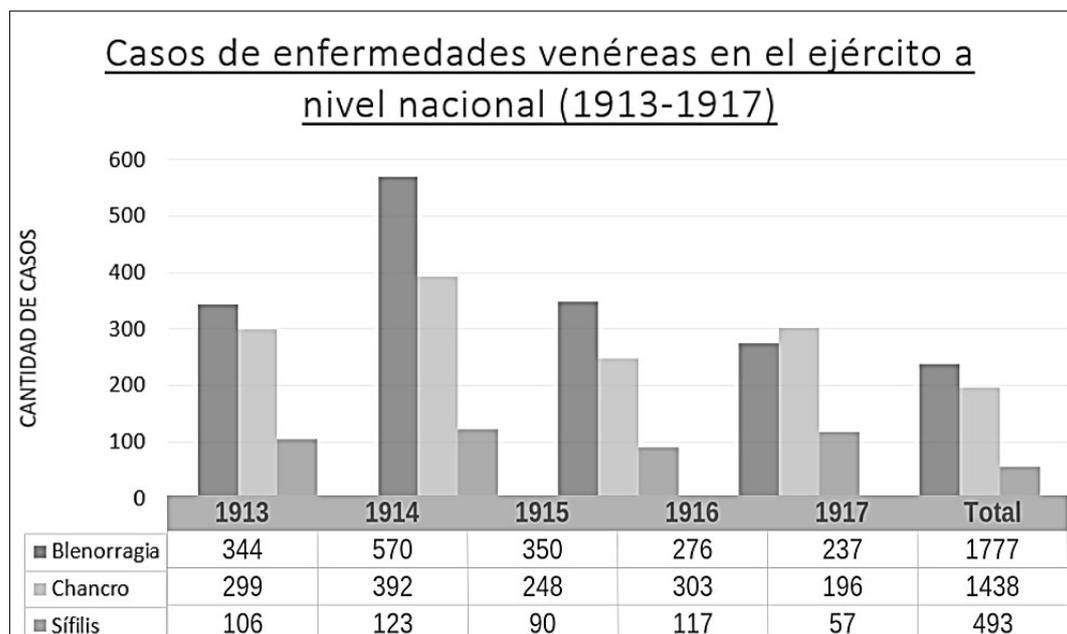
Aquí se repiten elementos de la cita anterior -la sensación de urgencia al señalar la “degeneración de la raza”-, sin embargo, lo destacable de esta es que si bien se buscaba aplicar el enfoque preventivo (“profilaxis”), también se quería “esterilizar” a los militares enfermos -entendiéndolo como “curar”- sin que estos pudieran escapar ni un momento de la vida militar del control del Ejército y extender el mal sobre el resto de la sociedad. Alarco echaría mano de ambos enfoques con tal de salvar la “raza” de la “degeneración” a la que era condenada por las enfermedades de la carne. A continuación, veremos si estas preocupaciones tenían respaldo en la realidad: ¿los cuarteles estaban llenos de enfermos venéreos en el periodo de nuestro interés? Si así era, ¿hasta qué grado? ¿cuáles de estas enfermedades tenían mayor prevalencia sobre otras? ¿Ciertamente existía un problema venéreo en el ejército para la segunda década del siglo XX?

Hemos visto que al menos desde 1901 hasta 1913 la capacidad de los médicos militares de recabar información estadística referida a estas enfermedades si bien existía, muchas veces se abocaba a hacer un acopio de las cifras de uniformados tuberculosos en desmedro de otras enfermedades. También pueden ser identificables diversos vicios y limitaciones al momento de levantar la información, cuestionados en su momento por Paz Soldán. Eso no significa que esfuerzos para superar estas limitaciones no se hubieran emprendido, como por ejemplo la presentada estadística de venéreos en Lima para el primer semestre de 1908. Pero fue solo con el inicio de la década de 1910 cuando la Sanidad Militar, no solo recopiló información sobre estas enfermedades, sino que también aumentó el nivel de sistematización lo cual le permitió abarcar varios años para así obtener una visión más completa de la salud

⁵⁶⁴ Archivo Histórico Militar del Perú, 1918, Caja n° 8, *Memoria presentada por el Director de la Sanidad Militar correspondiente al año 1917-1918*, 01 de mayo de 1918, p. 45.

sexual de los militares peruanos. Por ejemplo, en base a la información disponible producida por la Sanidad Militar, podemos establecer el siguiente cuadro.

Cuadro N.º 22⁵⁶⁵



Rápidamente podemos identificar que las cifras de la gonorrea (también llamada blenorragia, con 1777 casos) se elevaban por encima del chancro (en su forma blanda, con 1438 casos) y la sífilis (en todas sus etapas, con 493 casos) a nivel nacional. Esta última venérea era la menos predominante de las tres, aunque era manifiestamente sustantiva, si la comparamos con la tuberculosis, enfermedad que captaba la atención entonces (para 1913 ella registraba 96 casos, mientras que la sífilis tenía 106)⁵⁶⁶. Por otro lado, que la blenorragia fuera la enfermedad en primer lugar de prevalencia, el chancro segundo y la sífilis tercera era congruente con la relación existente en el cuadro de la morbosidad venérea de la guarnición de Lima que Paz Soldán mostró en 1910, concretamente en que la sífilis se ubicaba detrás de la blenorragia y el chancro se situaba tras esta. Entonces, tanto en Lima como en el resto del país, la sífilis permanecía a la zaga de las principales enfermedades de

⁵⁶⁵Cuadro de elaboración propia. Fuentes consultadas:

Archivo Histórico Militar del Perú, 1913, caja N° 6, Estadística Médica – Sanidad Militar. Año 1913.

Archivo Histórico Militar del Perú, 1918, Caja n° 8, *Memoria presentada por el Director de la Sanidad Militar correspondiente al año 1917-1918*, 01 de mayo de 1918, p. 50.

⁵⁶⁶Archivo Histórico Militar del Perú, 1913, caja N° 6, Estadística Médica – Sanidad Militar.

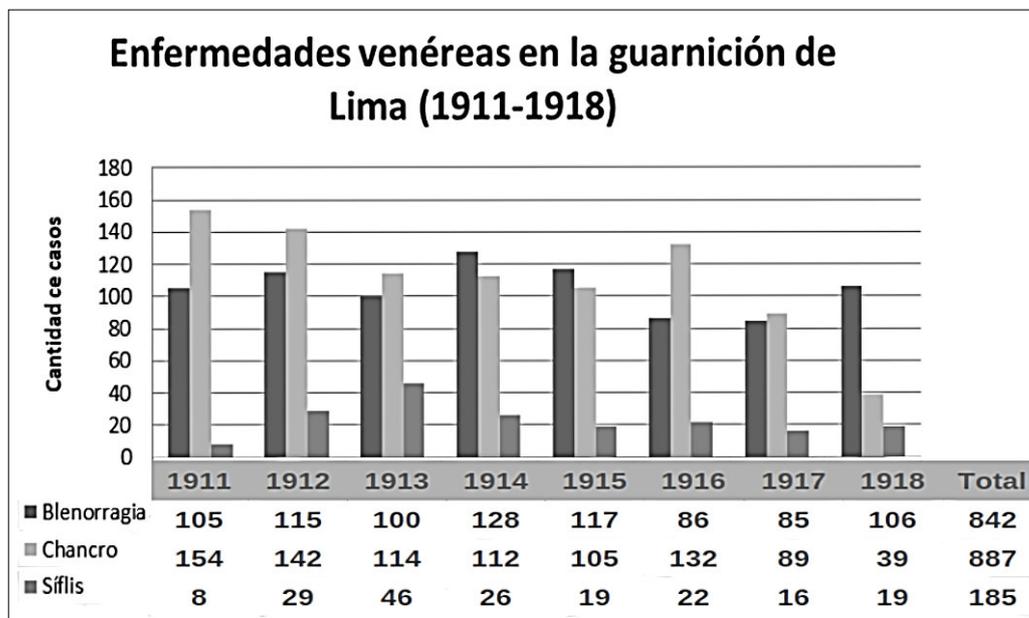
transmisión sexual. Como hemos visto, sin embargo, esta era la venérea que más llamaba la atención del personal sanitario -tanto civil y especialmente militar-, creemos que por su mayor complejidad (tiene tres etapas, mientras las otras venéreas en la mayoría de los casos solo una), su mayor duración y alcance (su tercera fase puede prolongarse por años y tener consecuencias sistémicas mientras que las otras enfermedades solo se circunscriben a la zona genital). El reconocimiento de tal complejidad pudo causar en los galenos militares cierto detenimiento a la hora de diagnosticar sífilis, circunscribiéndose a los casos donde se presentaban dos o más síntomas para un mejor diagnóstico⁵⁶⁷. De ahí que creemos que infecciones venéreas más fáciles de diagnosticar como la blenorragia y el chancro fueron por tal motivo más prevalentes. También es necesario tener en cuenta que el primer test de descarte del mal de lúes -reacción de Wassermann- fue creado en 1906, dos años después de la fundación del Instituto de Sanidad Militar, novedad que afinaría el diagnóstico y finalmente separaría a la sífilis de las otras venéreas, proceso no exento de problemas⁵⁶⁸. Por otro lado, queremos detenernos brevemente en 1914: notemos que los máximos números de las tres enfermedades fueron alcanzados en ese año. En vista del énfasis que le puso el entonces director de Sanidad Militar Dr. Alarco a su gestión antivenérea, nos atrevemos a sostener que gracias a su celo se pudo primero implementar un mayor acopio estadístico de casos a nivel nacional para después -no sin cierta dificultad- fomentar una disminución de las cifras. Analicemos a continuación

⁵⁶⁷ Entre las enfermedades de transmisión sexual, la sífilis es un caso particular. Es conocida en la comunidad médica por su gran capacidad de aparentar ser otra enfermedad por presentar varios síntomas a través de sus diferentes fases. En tal sentido, ha sido llamado “el gran simulador” por compartir síntomas con infecciones sexuales causadas por *Chlamydia*, hasta simular meningitis, síndrome de Guillain-Barré o cáncer de recto. Al respecto, ver Bryer, A.; Vallie, Y. & Wasserman, S. (2011) *The Great Pretender*. En *The Lancet*, 2011, vol. 377, p 1976. Asimismo, consultar Ellis, R. (2019). *The Great Pretender*. En T. Solomon, B. Michael, A. Miller, & R. Kneen (Eds.), *Case Studies in Neurological Infections of Adults and Children*, pp. 89-95. Sobre la sífilis simulando cáncer, consultar Pisani, A., Viridis, M., Maroni, N., Arena, M., Masci, E., Magenta, A., & Opocher, E. (2015). *The Great Pretender: Rectal Syphilis Mimic a Cancer. Case reports in surgery*, 2015, tomado del National Center for Biotechnology Information (<https://doi.org/10.1155/2015/434198>).

⁵⁶⁸ En la comunidad médica europea durante el primer semestre de 1915 se reportaban dificultades para la correcta aplicación de la prueba de Wassermann. En la respetada *British Medical Journal*, el teniente del Real Cuerpo Sanitario del Ejército británico Dr. Oliver Heath reportaba los problemas para que el personal de laboratorio se pueda formar correctamente en la aplicación de esta prueba debido a la falta de correctos manuales y publicaciones, así como inconvenientes con la crianza de cuyes para la obtención de serum de calidad. Vemos entonces que, a casi nueve años de la introducción de esta prueba de detección de sífilis, todavía no se podía aplicar a escala para las urgencias de la vida militar. Al respecto, consultar Heath, O. (1915) *The Wassermann test: a method not necessitating the use of guinea pigs as a source of complement*. En *British Medical Journal*, 1915, 19 de junio de 1915, pp. 1041-1043.

el caso de la guarnición de Lima para señalar ciertas diferencias y destacar algunas similitudes:

Cuadro N.º 23: Enfermedades venéreas en los diferentes cuarteles que conformaban la guarnición de Lima para 1911-1918⁵⁶⁹



Inmediatamente podemos notar, si comparamos con el cuadro de alcance nacional, que aquí el chancro se impone a la blenorragia -887 casos a 842-, y no viceversa. La similitud principal, con todo, es el tercer lugar permanente para la venérea sifilítica. Dicha enfermedad en este cuadro tendió a un descenso el año 1914 -a doce meses del inicio de funciones de Alarco como director de la Sanidad Militar-, mientras las otras dos venéreas tendieron a oscilar más. Con todo, en el ejército tanto a nivel nacional como en Lima, la sífilis todavía mantenía cierta presencia en todos los años cubiertos, ni qué decir del chancro y la blenorragia cuyos casos se contaban entre los cientos, incluso después de años del inicio de la gestión de Alarco. En otras palabras, salvo la blenorragia que, a nivel nacional se mostraba a la caída, tenemos entre 1913-1914 y 1917-1918 irregulares oscilaciones en las tendencias nacionales y capitalinas. No vemos marcados declives en las cifras por lo menos en tres años consecutivos.

⁵⁶⁹Gráfico de elaboración propia. Fuente consultada:

Archivo Histórico Militar del Perú, 1919, Caja n° 5, *Memorandum sobre las enfermedades venéreas en el Ejército de guarnición en Lima*, 1919

La acción antivenérea en el ejército todavía estaba por rendir resultados manifiestos a pesar de leves beneficios en casos puntuales. ¿A qué se debían estos magros resultados?

Para entender estos patrones presentes entonces en la capital y a nivel nacional se requiere hacer un breve trazo sobre las opciones que los médicos militares barajaron para poner coto a estas altas cifras: las medidas y terapias disponibles para la época. No solo ello, también haremos uso de algunas fuentes que nos mostrarán si realmente estas medidas y terapias se aplicaban en la lucha contra las venéreas en el ejército en el siglo XX.

V. 2. 2. Esfuerzos de la Sanidad Militar para hacerle frente al problema venéreo entre los conscriptos

La sanidad militar iniciaba el siglo XX empleando dos tipos de medidas que brevemente señalamos con anterioridad: la profilaxis (prevención) de las venéreas, así como la regulación de la prostitución. En el primer caso, los lineamientos se centraban en la inspección corporal rutinaria de los conscriptos y el “hacerles comprender” los peligros de este tipo de enfermedades, como afirmaba el tesista Federico Revoredo en 1901. Para lo segundo, se partía desde la premisa que el origen y -en última instancia- la culpabilidad del contagio residía en las “mujeres públicas”, no en los soldados u oficiales:

La sociedad civil acusa al individuo de tropa, de ser agente activo de la propagación de estas infecciones; formando ellos precisamente la única colectividad en la que se puede aplicar medidas profilácticas energéticas, obligando a sus miembros a la constatación de su estado sanitario, por medio de inspecciones corporales [...]

Cierto es, que todo esto queda incompleto sin que se den disposiciones, que permitan seguir de cerca la salud de las mujeres públicas y, sobre todo, que eviten de modo seguro la prostitución clandestina.

[...] A los jefes o a los superiores toca [...] hacer comprender a sus subordinados los peligros de toda naturaleza a que están expuestos, dejándose llevar por deseos desordenados;⁵⁷⁰ [...] (cursivas nuestras)

Dos cuestiones aquí nos llaman la atención. La primera es que tanto el enfoque preventivo como el referido a la regulación del meretricio *clandestino* no fueron vistos como propuestas opuestas: por el contrario, son presentadas como complementarias. Estas eran las dos primeras opciones que tenía el ejército para tratar de hacerle frente

⁵⁷⁰ Revoredo, F. (1901) *Higiene Militar...*, p. 370.

al peligro venéreo. Revoredo entendía, sin embargo, que la institución armada tenía características sui generis ante estas enfermedades: la contundencia de las medidas no representaba problema alguno en cuanto estas eran obligatorias para las tropas. Debates sobre cuál de las dos medidas era la más idónea moralmente no tenían espacio aquí: sanitariamente el ejército era un lugar privilegiado para aplicar medidas “energéticas”⁵⁷¹. Lamentablemente, sin embargo, tras la fundación de la Sanidad Militar en 1904 la lucha antivenérea no contó con el impulso de esta institución, pues la misma atravesaba por un periodo de inicial establecimiento, además del énfasis en la lucha antituberculosa y la intromisión de elementos de instituciones sanitarias civiles -como la Dirección de Salubridad- hasta por lo menos 1910⁵⁷². A pesar de las condiciones disciplinarias favorables propias del ejército, la medida más contundente contra las enfermedades de transmisión sexual no vino de parte de la sanidad militar o el ejército como tal, sino de las autoridades ediles limeñas: esta fue el cierre de burdeles de baja calaña en la capital que parroquianos uniformados o civiles solían frecuentar en la década de 1920⁵⁷³. No obstante, durante el periodo que va de 1904 a 1910 desde la institución armada solo pudieron hacerse dos cosas: aplicar el licenciamiento por padecimiento de venéreas -tal como presentamos previamente- y habilitar una sala de “afecciones de las vías urinarias y venéreas” en el hospital militar de San Bartolomé⁵⁷⁴.

⁵⁷¹A diferencia de los servicios sanitarios civiles, en el caso de la sanidad castrense ya desde la primera mitad del siglo XX se imponía un “imperativo militar de eficacia” como lo define el historiador de la medicina norteamericano Allan Brandt. Por ejemplo, mientras que en la esfera civil los debates sobre las consideraciones morales-religiosas plagaban las discusiones sobre cómo tratar la sífilis, los sanitarios militares del ejército de EE. UU. eran mucho más pragmáticos y se centraban más en la prevención (profilaxis) del contagio que en la abolición o excesiva reglamentación de la prostitución en el ejército de ese país o en Francia en la Primera Guerra Mundial. Al respecto, revisar Brandt, Allan (1987) *No magic bullet. A social history of venereal disease in the United States since 1880*. New York, Oxford: Oxford University Press, pp. 112-114.

⁵⁷²“Desafortunadamente, su gestión [del Dr. Evaristo Chávez desde 1904 hasta 1910] no tuvo el éxito que se esperaba en sus inicios, porque los miembros no médicos de la Junta Superior de Sanidad le quitaban toda la fuerza a su iniciativa y desarrollo científico. De esta manera, este Servicio Auxiliar del Ejército siguió una vida paulatina poco ostensible y lánguida hasta el año de 1911. [...]” (Matallana, G. y Salaverry, O., 2000. *Historia de la Medicina peruana en el siglo XX...*, pp. 207-208)

⁵⁷³Desde tiempos coloniales y hasta la segunda mitad del siglo XIX se tienen pedidos de clausura de burdeles en la ciudad de Lima. En cuanto a las prohibiciones militares, estas medidas iniciaron en la década de 1900 y se extendieron por lo menos hasta iniciar 1920 (Drinot, P., 2020, *The sexual question. A history of prostitution in Peru, 1850-1950s...*, pp. 24-25, 194-195). Estas medidas tuvieron como objetivo evitar que estas enfermedades se diseminen en dos de los grupos más importantes para el proyecto modernizador de la República Aristocrática: los obreros y los soldados. Para más sobre esto, revisar Pasco Álvarez, C. & Núñez Espinoza, J., (2009) *Medicina, prostitución y sífilis en Lima y Callao: 1910-1930...*, p. 203.

⁵⁷⁴Archivo Histórico Militar del Perú, 1910, caja n° 8, *Gral. Jefe de Estado Mayor General a Señor Coronel Director de Guerra*, 10 de agosto de 1910.

En cuanto al tratamiento de los cuadros clínicos, hasta finales de la década de 1900 este había sido el mismo al menos desde mediados del siglo pasado: inyecciones de mercurio, a veces combinadas con yodo⁵⁷⁵. Un tratamiento de este tipo claramente reportaría consecuencias graves por su alta toxicidad: neuropatías, falla renal, úlceras bucales, pérdida de dientes, o simplemente muerte directa por envenenamiento⁵⁷⁶. Fue por estos graves efectos secundarios que se buscaba minimizar la dosis con otros procedimientos de aplicación y sustancias con fines profilácticos, como las propuestas del tesista Paz Soldán en 1910 en base a la influencia de la medicina militar francesa:

En cuanto a la profilaxis de las enfermedades, *convendría adoptar aquí algo parecido a lo que existe en el ejército francés*. Todo soldado que tiene permiso para salir a la calle, a su regreso está sometido a un tratamiento especial que consiste en un *jabonado con jabón antiséptico de los órganos genitales* y un *gran lavado al agua de bicloruro fuerte* (1 por 3000); *se le coloca una gota de solución de nitrato de plata en la fasa navicular*, y una *untura con pomada de Calomel*. Desde luego este soldado es objeto de un examen especial en los días siguientes.⁵⁷⁷ (cursivas nuestras)

Analicemos esta propuesta. El calomel [Hg₂Cl₂] es un compuesto mineral que contiene mercurio y que en este caso era combinado con otros procedimientos y sustancias no mercuriales para prevenir episodios de envenenamiento⁵⁷⁸. Pero independientemente del mineral y los otros elementos con los que se le combinaba, lo importante en la cita de Paz Soldán es que el calomel y las demás sustancias fueron concebidas como parte de un proceso rutinario a ser aplicado tras regresar de sus días de franco, es decir, de haber frecuentado un prostíbulo. Esto significaba -en otras palabras- el reconocimiento implícito que más allá de buscar limitar o regular las actividades de las meretrices, como se seguía entonces, los uniformados inevitablemente terminarían teniendo relaciones sexuales con ellas. Sería mejor

⁵⁷⁵Drinot, P. (2020) *The sexual question. A history of prostitution in Peru, 1850-1950s...*, p. 153.

⁵⁷⁶Frith, J. (2012) *Syphilis – Its early history and Treatment until Penicillin and the Debate on its Origins*. En “Journal of Military and Veterans’ Health”, 20:04, p. 53.

⁵⁷⁷Paz Soldán, C. (1910) *La medicina militar y los problemas nacionales...*, p. 55.

⁵⁷⁸El uso de calomel en la medicina militar no fue iniciado por los franceses. En la Guerra de Secesión norteamericana su uso tuvo como objetivo aliviar el estreñimiento, También se usó como tratamiento contra la disentería y la diarrea. Entonces ya se reportaron los efectos clásicos del envenenamiento por mercurio: salivación excesiva, gangrena, pérdida de dientes y muerte. A diferencia del método francés, durante la Guerra Civil de EE. UU. la vía de administración era oral: se la llegó a conocer como la “píldora azul” y se la combinaba con regaliz, agua de rosas, rosas en polvo, miel y azúcar. Asimismo, se la preparaba como una “masa azul” para administrarla directamente. Ver al respecto Schroeder-Lein, G. (2008) *The Encyclopedia of Civil War Medicine*. Londres: M. E. Sharpe, Inc., p. 58.

entonces centrarse en cómo evitar que los patógenos puedan consolidar su presencia en el cuerpo del militar con estos lavados y pomadas. En vez de esperar medidas de instituciones civiles para regular la prostitución, un enfoque como este proporcionaría mayor campo a la toma de decisiones por los médicos militares⁵⁷⁹. La recomendación dada por Paz Soldán se adoptó, de tal manera que para 1916 se aplicaba por recomendación del director de la Sanidad Militar Dr. Alarco “pomada de calomel; preventivamente un lavado de los órganos genitales y de la uretra con una solución de permanganato de potasa”⁵⁸⁰.

La adopción de este compuesto mercurial combinado con otros elementos, sin embargo, no se reflejó en una menor cantidad de casos de enfermedades venéreas entre los uniformados. No solo era tóxico sino poco efectivo contra las enfermedades de transmisión sexual. Se tendría que esperar a la adopción del primer medicamento del mundo probado contra la sífilis, el famoso “compuesto 606”, comercialmente conocido como Salvarsán, sintetizado en 1907, puesto al mercado en 1910 y llegado a Lima en 1911⁵⁸¹. Reemplazando el mercurio por el arsénico y dejando atrás sus perniciosos efectos, el Salvarsán era considerado una “bala mágica” que daría solución a esta enfermedad venérea, por lo que su arribo al Perú causó mucha expectativa en la comunidad médica y los sectores de clase media y alta limeña⁵⁸². Con todo, ¿cómo entonces explicamos que para 1916 el director de la Sanidad Militar Dr. Gerardo Alarco todavía haya recomendado un tratamiento en base a mercurio para los enfermos venéreos militares, si en 1911 ya estaba presente el famoso

⁵⁷⁹No pasa desapercibido el hecho que esta sea una influencia francesa, tal como lo nota Paz Soldán. Para la década de 1910 los franceses tenían un serio problema con las enfermedades venéreas. Pero también estaba la particularidad de que la prostitución tenía un fuerte arraigo cultural en Francia. En el ámbito civil, se había implementado un sistema de *reglamentation* bien permisivo, es decir, leve regulación de la prostitución por médicos municipales con la finalidad de reducir el meretricio clandestino. Pero en la esfera militar -tal como lo muestra Paz Soldán- se buscó aplicar un enfoque más profiláctico dentro de la institución castrense. Cuando las Fuerzas Expedicionarias de EE. UU. llegaron a Europa como parte de la Primera Guerra Mundial los altos oficiales -entre ellos el Gral. Pershing- se indignaron por cómo los militares franceses llevaban a los estadounidenses a recorridos por los burdeles. Los médicos militares norteamericanos, por su parte, vieron la utilidad de la profilaxis química militar francesa y recomendaron su uso en el ejército de EE. UU. Finalmente, los galenos se impusieron y el procedimiento se volvió estándar. Para más, revisar Brandt, Allan (1987) *No magic bullet....* 110-116.

⁵⁸⁰Alarco, G. (1916) *Sanidad Militar...*, p. 727.

⁵⁸¹Sobre el proceso de síntesis de la también llamada arsfenamina, revisar Frith, J. (2012) *Syphilis – Its early history and Treatment until Penicillin and the Debate on its Origins...*, p. 54.

⁵⁸²Sobre la llegada del Salvarsán a Perú, revisar Drinot, P., 2020, *The sexual question. A history of prostitution in Peru, 1850-1950s...*, p. 153.

Salvarsán en la capital? La respuesta se encontraba en el precio del medicamento: era un producto que se tenía que importar desde los laboratorios desde Europa, a diferencia del mercurio o el calomel que eran mucho más fáciles de conseguir⁵⁸³. Además, el único tratamiento probado contra la sífilis hasta entonces no solo requería ser aplicado una vez, sino una serie de inyecciones sobre un prolongado periodo de tiempo⁵⁸⁴. Por si fuera poco, desde 1914 se dificultó el acceso al medicamento por motivo de la guerra europea, de tal manera que, para 1916, el Perú se había quedado sin sus necesarias “balas de plata” en el medio civil:

El notable científico alemán Paul Ehrlich descubrió en 1901 un tratamiento químico contra la sífilis al que denominó 606, conocido también como Salvarsán. Esta fue la famosa “bala de plata” o “mágica” que permitió la curación o el alivio de una enfermedad implacable. *A raíz de la guerra no llega a Lima el 606 ni su derivado francés 904 [Neosalvarsán]. El bloqueo de los mares dificulta la importación. Estos remedios están costando en nuestro medio hasta 3 o 4 libras la dosis de 50 gramos. Solo queda intentar traerlas de Estados Unidos*⁵⁸⁵. (cursivas nuestras)

Sería la imposibilidad de aprovisionarse de este medicamento y su versión actualizada – el Neosalvarsán- por lo prohibitivo de los costos a causa de la Primera Guerra Mundial lo que ocasionaba que el director de la Sanidad Militar Dr. Alarco tuviera que recurrir al calomel, debilitando así la lucha antivenérea en el ejército. Es más, estas condiciones trajeron de nuevo a la discusión para el periodo 1916-1918 algo que ciertamente nunca se había ido del todo: el uso de medidas complementarias para hacer frente al incremento de las enfermedades de transmisión sexual como la regulación de la prostitución en el ámbito civil. Según Alarco en 1916:

Pero la alarmante progresión de los enfermos venéreos en el Ejército es consecuencia de cómo avanzan dichas enfermedades en el medio civil; para contrarrestarlas es *urgente reglamentar la prostitución; mientras ella no se realice, la campaña antivenérea llevada a cabo por los médicos militares resultará ineficaz; [...]*⁵⁸⁶ (cursivas nuestras)

⁵⁸³Aftalion, F. (1991) *A History of the International Chemical Industry*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press, p. 187.

⁵⁸⁴Frith, J. (2012) *Syphilis – Its early history and Treatment until Penicillin and the Debate on its Origins...*, p. 54.

⁵⁸⁵*Sin “balas de plata.”* En “El Comercio”, 06 de setiembre de 1916. No olvidar que EE. UU. entraba en guerra contra las Potencias Centrales un año después, lo que implicaba que su suministro de Salvarsán y Neosalvarsán iba a ser redirigido a sus tropas. También en EE. UU. se volvió al tratamiento con calomel para darse abasto por los 383 706 enfermos venéreos entre 1917 y 1919. Para más, revisar Brandt, Allan (1987) *No magic bullet...*, pp. 110-111.

⁵⁸⁶Alarco, G. (1916) *Sanidad Militar...*, p. 727. Para la memoria de sanidad militar del periodo 1917-1918 también se sigue recomendando la “pomada de calomel”, así como la necesidad de continuar apoyando las medidas de la Intendencia de Policía limeña para reglamentar la prostitución en la ciudad. No se cuenta con mención alguna al Salvarsán o al neosalvarsán, medicamentos antisifilíticos para la época más que conocidos. Al respecto, Archivo Histórico Militar del Perú, 1918, Caja n° 8, Memoria

Mientras Alarco ensalzaba estas medidas como parte de una “campaña antivenérea” en el ejército, en el hospital militar la situación se presentaba de diferente modo. Para febrero de 1919 el soldado Víctor Hermosa Flores (Regimiento de Caballería N°3) languidecía por un cuadro de sífilis detectado tres meses antes. Debido al breve tiempo de la infección era posible curarla sin mayores problemas y evitar que la avariosis progresase a etapas más complicadas. Así se trató hacer al internársele mes y medio bajo un tratamiento de “inyecciones” [de Salvarsán o Neosalvarsán]. Hermosa se recuperó, pero volvió a recaer con el mismo cuadro, para indignación del oficial al mando de su regimiento teniente coronel Juan Carlos Gómez, quien arremetió contra San Bartolomé:

[...] Averiguado al punto -toda vez que la *curación de esa enfermedad [sífilis] es ya cosa corriente y conocida- resulta que la situación de este individuo proviene de la deficiente atención recibida en el indicado hospital; pues solo le aplicaron dos inyecciones [de Salvarsán o Neosalvarsán] que a mayor abundamiento tuve que adquirir con su dinero particular, no obstante que -en relación [a] su pré- el soldado paga hoy el elevado precio de 60 centavos diarios por razón de hospitalidades. No escapará al razonado criterio de esa superioridad, sino el abuso, por lo menos el descuido que tal hecho significa; [...]⁵⁸⁷ (cursivas nuestras)*

Dos detalles nos llaman la atención en estas enérgicas palabras del oficial de caballería Gómez sobre el “abuso” o “descuido” sufrido por su subalterno. Queda claro que ya para 1919 la “curación” de la sífilis era “ya cosa corriente y conocida” precisamente porque su propio reclamo hacía evidente el conocimiento de la insuficiencia de dos dosis para la curación de su subordinado. Por otro lado, veamos quién cubrió estas inyecciones que como mostramos anteriormente tenían un precio elevado por la guerra europea. Según Gómez no lo hizo ni el hospital militar, ni el Ministerio de Guerra ni el propio regimiento: no lo hizo dependencia del ejército peruano alguna. Quien sufragó los costos de las inyecciones fue el propio soldado, y para enfatizar la sensación de “abuso” que quería comunicar su superior, tenemos aquí el dato de que el efectivo ya pagaba de su peculio la tasa de hospitalización con su pré [o *prest*] o pequeño haber que se le otorgaba. Quizá solo por ello pudo costearse dos ampollas, sin apoyo o subvención externa alguna. Ante tales

presentada por el Director de la Sanidad Militar correspondiente al año 1917-1918, 01 de mayo de 1918, p. 51.

⁵⁸⁷ Archivo Histórico Militar del Perú, 1919, Caja N° 11, Teniente Coronel Comandante Juan Carlos Gómez a Señor Coronel Jefe de Estado Mayor General del Ejército, 11 de febrero de 1919.

acusaciones, el médico especializado en afecciones venéreas y vías urinarias del hospital militar de San Bartolomé Dr. La Torre elevó su respuesta al jefe del mencionado nosocomio, brindándonos más información sobre el tratamiento contra la sífilis en el medio castrense:

No abrigo la menor duda respecto de la extrañeza que le habrá producido a Ud. la *forma tan ligera como se juzga la labor de los médicos de este Hospital* y se deducen apreciaciones desprovistas de todo fundamento como ocurre en el caso presente [del soldado Hermosa]. Es bien sabido y está perfectamente ejecutoriado que la *curación radical de la sífilis se alcanza solamente a condición de someter al paciente a una curación mixta al Salvarsán -MERCURIO*; en esta virtud se ha tratado a los soldados sífilíticos mediante este tratamiento, *proporcionando el hospital el medicamento hasta antes de la guerra mundial, posteriormente a ella y en vista del exageradísimo precio alcanzado por el Salvarsán , que ha llegado a costar hasta 50 soles cada ampolleta, ya el hospital no proporciona esta droga*, siendo este hecho perfectamente conocido por la superioridad, [...] ⁵⁸⁸ (mayúsculas del autor) (cursivas nuestras)

La respuesta del Dr. La Torre confirma la grave escasez de Salvarsán a raíz de la “guerra mundial” y el prohibitivo alto precio de este medicamento para la época -50 soles cada ampolla para marzo de 1919. Con todo, podemos ver aquí que el servicio de afecciones venéreas y vías urinarias del hospital militar se hallaba incapacitado de cumplir con el “tratamiento mixto” -inyecciones de mercurio combinada con el compuesto 606. Que no se contara con este último -a la vez, el más importante componente del “tratamiento mixto”- prácticamente retraía el tratamiento antivenéreo a décadas anteriores donde se aplicaba mercurio intravenoso; salvo que los enfermos se procurasen el Salvarsán -o el neosalvarsán-, los médicos militares hacían lo que podían con el viejo “tratamiento” mercurial. La situación no se solucionó incluso después de la guerra europea, como podemos ver en la respuesta de La Torre. Los problemas de desabastecimiento de estas medicinas fundamentales no se resolvieron totalmente aun en 1920 -a casi año y medio del final de las acciones bélicas en el Viejo Continente- puesto que a pesar de ser más accesibles los costos para entonces (en 1919, cada ampolla de Salvarsán costaba 50 soles; en 1920, cada ampolla de Neosalvarsán costaba 3.8 soles) la Sanidad Militar no podía atender la creciente demanda en el ejército tal como lo sostenía el Dr. Alarco:

⁵⁸⁸Archivo Histórico Militar del Perú, 1919, Caja n° 11, Dr. La Torre, médico tratante/Jefe del servicio de afecciones venéreas y vías urinarias del Hospital Militar de San Bartolomé al Sr. Tnte. Coronel Médico Jefe del Hospital Militar de San Bartolomé, 18 de marzo de 1919.

Al presente oficio adjunto el telegrama del jefe de Estado Mayor de la IVa. División [acantonada en el sur del país], *solicitando 100 dosis de Neosalvarsán, cuyo valor [total] es de Lp. 38.0.00* según consta de la proforma adjunta, el ministro, si lo tiene a bien, puede designar la partida a la cual se aplicará dicho gasto, por cuanto *este Instituto no ha recibido los fondos de enfermería de esa Región, a pesar de haberle enviado medicamentos por valor de Lp. 65.9.40; dicho medicamento es necesario adquirirlo en plaza por cuanto a la Farmacia Central se ha agotado su existencia.*⁵⁸⁹ (cursivas nuestras)

Se muestra aquí que, si bien la Sanidad Militar buscaba atender la demanda de ampollitas de Neosalvarsán para las fuerzas acantonadas en la IV División, debe señalarse que era necesario costear tales medicinas con otras partidas presupuestarias: el Instituto de Sanidad Militar ya había agotado sus recursos enviando el antivenéreo por un valor de Lp. 65.9 (659 soles). Este telegrama respondía al pedido del oficial al mando de la guarnición del sur enviado dos días antes, el 29 de agosto de 1920, donde se señalaba lo siguiente: “Presentarse muchos casos de enfermedades venéreas, por lo que suplico ordene remisión [de] cien ampollitas “Neosalvarsán” y demás frascos vacunas [...]”⁵⁹⁰. Los casos provenían de las regiones andinas sureñas. Indígenas que diez años antes (1910) eran considerados como “refractarios” a la sífilis y que tres años después (1913) evidenciaron la presencia de las venéreas en los Andes, para 1920 la padecían en grandes números. Y poco podía hacer la Sanidad Militar.

No se nos puede escapar un detalle mencionado en la última misiva del Dr. Alarco en respuesta a la IV División. Nos referimos al detalle siguiente: “[...] este Instituto no ha recibido los fondos de enfermería de esa Región [...]”. Se entiende a partir de esto que la Sanidad Militar debía recibir fondos destinados por el Ministerio de Guerra para los cuerpos acantonados fuera de Lima a fin de que la primera institución sufragarse los costos e hiciera efectivo el envío de medicinas y vacunas a las diversas regiones militares y de la disponibilidad de remedios en sus respectivas cajas. Un sistema de este tipo ponía en condicional la capacidad de aprovisionamiento de medicamentos a los efectivos militares fuera de Lima, puesto que actuaba a voluntad de las mismas regiones militares. Estas debían aportar para que la Sanidad Militar adquiriera y

⁵⁸⁹Archivo Histórico Militar del Perú, 1920, Caja n° 9, Teniente Coronel Director [de Sanidad Militar] G. Alarco al Señor Coronel Ministro de la Guerra, 31 de agosto de 1920.

⁵⁹⁰Archivo Histórico Militar del Perú, 1920, Caja n° 9, Telegrama del Comandante Zeballos al Estado Mayor General y a la Dirección de Sanidad Militar, Cusco 29 de agosto de 1920.

enviara las medicinas necesarias. De no hacerse, ello reportaría un claro perjuicio para los uniformados enfermos, como fue el caso de los afectados venéreos de la IV División que esperaban urgentemente sus ampollas de Neosalvarsán. La Sanidad Militar no se mostraba indiferente a esta situación: a pesar de que la IV División Militar no otorgó su parte, la institución a cargo del Dr. Alarco buscaba hacer efectivo el envío de más Neosalvarsán, en perjuicio de sus propias arcas.

Toda esta irregularidad respecto a quién o qué institución debía costear los medicamentos antivenéreos necesarios preocupaba a la Sanidad Militar. Para Alarco, lo ideal hubiera sido que el Ministerio de Guerra y Marina costeara todos los gastos sanitarios de los cuerpos, especialmente en los relacionados con la preocupante sífilis⁵⁹¹. Esto hubiera hecho más simple la situación para él al ser un solo pago y no los cuatro o cinco -correspondiente a cada una de las regiones militares-, esquema que evidentemente no cubría de manera suficiente el gasto de medicinas. Para lamentación suya este no era el escenario en la realidad, aunque mantenía la esperanza que los gastos sanitarios fuesen parte del presupuesto general militar gravados al Ministerio de Guerra. Otras alternativas se barajaban al respecto mientras tanto. Examinarlas nos ayudará a ver el aspecto financiero de la Sanidad Militar, sus limitaciones y potencialidades. Veamos a continuación:

Cuatro son las formas como puede resolverse este asunto [de la falta de tratamiento para sifilíticos militares]:

- 1°. - Que el pago del específico lo haga el Ministerio con los fondos que determine;
 - 2°. - Que lo verifique el Hospital Militar con sus entradas;
 - 3°. - El soldado con el valor de su pré, o
 - 4°. - Los cuerpos con sus economías.
- a). - El primer procedimiento es el preferible; pero en la actualidad no sé si sería esto posible al Ministerio; [...]
 - b). - El Hospital Militar tiene en la actualidad un fuerte déficit que lo imposibilitaría para atender dicho tratamiento.
 - c). - El pré del soldado es muy reducido para que aún se le reduzca, con el pago del específico que es de cinco soles por inyección.

⁵⁹¹Mencionaba Alarco al respecto “Son frecuentes las quejas que [...] formulan los señores Jefes de Cuerpos, sobre la falta de tratamiento de los sifilíticos en el Hospital Militar; también son muchas las veces que esta Dirección ha planteado una fórmula para resolver esta importante cuestión; pero la dificultad estriba en que debe pagarse el valor del medicamento específico o sea el Salvarsán.” (Archivo Histórico Militar del Perú, 1920, Caja n° 11, Teniente Coronel Director Dr. G. Alarco a Señor General Ministro de la Guerra, 25 de marzo de 1919). Nótese aquí que el tratamiento mercurial tanto en formato pomada o pastillas (calomel) como en inyecciones no es preocupación alguna: lo que consterna a las autoridades militares tanto profesionales como técnicas era asegurar existencias de Salvarsán o Neosalvarsán y garantizar su distribución a los cuerpos acantonados a lo largo del país.

d). - A mi juicio, y en calidad de por ahora, las economías de los cuerpos deben ser gravadas con dicho fin [...] ⁵⁹²

Vemos aquí que el primero era el escenario “preferible” pero no real de momento: el presupuesto del Ministerio de Guerra y Marina difícilmente podía expandirse para cubrir costosos medicamentos que era necesario importar. Las siguientes dos opciones eran imposibles de realizar por representar claro perjuicio para un hospital ya endeudado y unos soldados con un prest (propina) que de por sí era bien exiguo. Por lo tanto, lo que quedaba era gravar las arcas de los cuerpos militares. Esta fue la estrategia que se aplicó para 1920, tal como vimos cuando Alarco sostenía que estaba esperando “los fondos de enfermería de esa Región [IV]” ⁵⁹³. No obstante, debemos señalar que el propio director de la Sanidad Militar reconoció que esto no era lo correcto a largo plazo, de ahí que señalara que “por ahora” las economías de los cuerpos debían ser las gravadas, no sin cierta resignación. A pesar de que la Primera Guerra Mundial había cesado y que se facilitó el acceso a las medicinas para curar la sífilis, el Dr. Alarco tuvo que hacer lo que pudo sobre la base del diseño de financiamiento existente para atender los costos de adquisición de medicamentos.

Por lo tanto, solo le quedaba continuar gravando a los cuerpos y no esperar la voluntad de los altos oficiales del Ministerio de Guerra, con todos los perjuicios y limitaciones que esto podía causar. En parte por ello, la lucha antivenérea en el ejército del Perú no dio los resultados esperados, al menos hasta 1920. Como hemos visto, la guerra mundial no fue el único factor para tener en cuenta. La precariedad propia de las dependencias del ejército, las dificultades inherentes al diagnóstico de las enfermedades venéreas para entonces y las conocidas limitaciones de la capacidad estadística contribuyeron a menguar la política contra este tipo de padecimientos. Con todo, se dieron varios avances que en las décadas siguientes serían aprovechados por los médicos militares, pero eso ya es motivo para una futura investigación ⁵⁹⁴.

⁵⁹²Ibidem.

⁵⁹³Archivo Histórico Militar del Perú, 1920, Caja n° 9, Teniente Coronel Director [de Sanidad Militar] G. Alarco al Señor Coronel Ministro de la Guerra, 31 de agosto de 1920.

⁵⁹⁴Paulo Drinot brinda una interesante investigación sobre los avances en la lucha antivenérea en el ejército peruano con especial énfasis en el periodo 1920-1950. Revisar Drinot, P., 2020, *The sexual question. A history of prostitution in Peru, 1850-1950s...*, pp. 193-202. Para 1918 el director de Sanidad Militar Dr. Gerardo Alarco realizó un viaje a EE. UU. donde buscó tomar nota del sistema sanitario

Como hemos visto en esta investigación, de las diversas enfermedades que aquejaron a los conscriptos, levados y enrolados peruanos desde mediados del siglo XIX hasta inicios del XX, desafortunadamente unas destacaron más que otras, ya sea por su morbilidad, por su mortalidad, o por sus siniestras capacidades. Algunas veces estaban sigilosamente presentes como la tuberculosis en el caso del conscripto ancashino Manuel Mogollón. En otros casos como los del arequipeño Eusebio Cáceres y el chalaco Pedro Mari, fueron haciéndose más visibles sus síntomas y su destrucción conforme pasaban los años, como en la sífilis secundaria y terciaria que respectivamente los atacaba.

Precisamente por lo señalado, estas dos enfermedades eran vistas de manera diferenciada por el personal médico militar. En tal sentido, hacerle frente a la tuberculosis era más urgente a ojos de los galenos que la sífilis. La también famosa “muerte blanca” era más fácil de identificar a nivel pulmonar que en el caso de la sífilis, cuyos síntomas dependían de la etapa en que se encontraba la enfermedad. Más aun, el mal causado por el bacilo de Koch tendía a incapacitar al conscripto durante el servicio militar, mientras que la sífilis lo hacía de manera intermitente al desarrollar fiebre en la segunda etapa. Por último, se identificó una clara relación de contagio tuberculoso entre los conscriptos indígenas y el mal estado de los cuarteles, caso contrario a la sífilis, cuyo contagio se vinculó con elementos ajenos a la vida militar reformada como las rabinas y las trabajadoras sexuales urbanas.

Estos dos formidables enemigos microbianos debieron ser reducidos por el accionar de una institución *ad hoc*, la Sanidad Militar y Naval. Se montó un sistema sanitario castrense que buscó velar por la salud del efectivo desde la selección hasta el licenciamiento, cuidándolo antes, durante y después de su presencia en los cuarteles. Como hemos visto, lamentablemente ciertas limitaciones intrínsecas a la estructura del ejército dificultaron tal labor: falta de presupuesto para renovar la alicaída infraestructura militar y comprar medicamentos, el reducido personal sanitario y la consecuente dependencia de médicos civiles y empíricos. Pese a los esfuerzos de

castrense de ese país, llegando a establecer contacto con la máxima figura de la sanidad militar norteamericana, el coronel Dr. William Gorgas. Esto pudo contribuir al desarrollo de políticas antivenéreas peruanas que bebieron de la experiencia estadounidense en la Primera Guerra Mundial. Sobre el viaje en cuestión, revisar *El Comercio*, 16 de agosto de 1918.

connotados galenos castrenses como Carlos Enrique Paz Soldán -centrados en la tuberculosis- o el director del Servicio de Sanidad Militar Gerardo Alarco -enfocados en la sífilis-, se siguieron enrolando gérmenes que pusieron en peligro el servicio militar obligatorio y -por extensión- la reforma militar y su proyecto civilizatorio de reforma social.

VI. Conclusiones

1. El ejército peruano del siglo XIX no pudo establecer un servicio sanitario que cumpliera niveles mínimos de operatividad, pese a que por sus filas pasaron médicos de la talla de Cayetano Heredia, Casimiro Ulloa y Julián Sandoval. Diversas circunstancias confluyeron para que esta situación tuviera lugar, destacando entre ellas las referidas a la propia naturaleza del ejército peruano decimonónico. Entre ellas tenemos a caudillos centrados más en sus objetivos políticos que en el estado de salud de los soldados bajo su mando, un cuestionable proceso de selección de efectivos debido a la urgencia de conseguir cualquier tipo de tropa y, por último, la ineficiencia a la hora de administrar los recursos de la institución armada. Para cuando a partir de 1898 se inició el proceso de reclutamiento indicado en la ley del Servicio Militar Obligatorio (SMO), varias de las carencias que sufrió el ejército décadas atrás continuaron complicando la salud de los conscriptos recién llegados y -por si fuera poco- surgieron nuevas dificultades. Para 1904 -año de fundación del Servicio de Sanidad Militar- cientos de jóvenes habían llegado a Lima luego de largos viajes desde provincia para terminar pernoctando en los cuarteles de la capital, sobrecargando así la infraestructura militar existente con el consiguiente aumento de enfermedades entre la tropa.
2. Esta grave situación del estado de salud en el ejército peruano decimonónico no significó que el personal médico rehuyó a plantear soluciones. Todo lo contrario: lo que se tuvo fueron médicos que, desde sus artículos y -sobre todo- tesis plantearon tratamientos, diagnósticos del estado de salud de las tropas y proyectos de reforma en lo concerniente a la salud de los uniformados. Esto se vio de manera significativa en plena Guerra del Pacífico, donde los jóvenes tesisistas de bachillerato en medicina propusieron técnicas de encofrado de piernas y tratamiento de heridas por armas de fuego mientras se seguían dando combates en territorio nacional. Conforme iniciaba el proceso de Reconstrucción Nacional, los tesisistas de medicina centraron su interés en la

higiene, ya no exclusivamente en la cirugía de guerra, proponiendo reformas a largo plazo para el ejército y los problemas nacionales.

3. Estas propuestas higiénicas planteadas por médicos interesados en la situación del ejército bebieron de nuevas ramas de la medicina tales como la bacteriología y su teoría del germen, así como emergentes enfoques científicos discutidos durante la Reconstrucción Nacional (1884-1895). La formación experimental de los médicos peruanos también se potenció a inicios del siglo XX con los nuevos laboratorios e instalaciones disponibles gracias a la construcción de la facultad de San Fernando (1903). Con la finalidad de explotar de manera más eficiente los recursos naturales del Perú estos médicos y militares, así como ingenieros, economistas y abogados abrazaron doctrinas como el Positivismo científico y su fe en el progreso tecnológico y económico-social, impulsando las ciencias prácticas y los conocimientos técnicos en diversas disciplinas. En el caso de los saberes militares, esto se tradujo en una creciente matematización de los artículos en las revistas del rubro castrense, así como el uso de lenguaje higiénico en sus reflexiones sobre el estado de la tropa. Pero también hicieron eco a versiones del racismo científico y el darwinismo social entonces en boga, herramientas conceptuales que emplearon estas élites intelectuales para plantear diagnósticos y recetas para el desarrollo del país. Debido a que sus propuestas incorporaban estas y otras perspectivas científicas, los oficiales y los galenos se hicieron presentes en asociaciones académicas como la Sociedad Geográfica de Lima, en cuyas discusiones afinaron sus capacidades de análisis en las últimas décadas del siglo XIX. Por lo tanto, la reforma militar también tuvo de científica y médica, en cuanto los médicos y los oficiales que la llevaron a cabo apreciaban y cultivaban la ciencia bajo el influjo del Positivismo.
4. La confluencia de lógicas militares, sesgos raciales y deseos de reformas nacionales la vemos tomar forma con la fundación del Servicio de Sanidad Militar (1904). Institución concebida para mejorar el estado de salud de los centenares de jóvenes conscriptos que llegaban a la capital a cumplir su

Servicio Militar Obligatorio (SMO), rápidamente los médicos militares que la integraron vieron sus potencialidades para el desarrollo del país y la defensa del territorio. Figuras como el Dr. Carlos Enrique Paz Soldán adoptaron propuestas de galenos civiles como Francisco Graña y Luis Pecse para postular una nueva doctrina demográfica que tuviera al reformado ejército y su SMO como los medios para resolver el “problema del indio”. Según su lógica, el pase masivo de los indígenas por los cuarteles haría que estos jóvenes adquirieran nociones de patria, higiene y educación gracias a la mirada vigilante de los médicos del Servicio de Sanidad Militar, finalmente contando con indígenas civilizados y soldados saneados al mismo tiempo. Pese a que la realidad no correspondió necesariamente con los miles de licenciados higienizados que esperaba Paz Soldán, el servicio militar sí representó una forma de acceso de los indígenas a tratamientos, revisiones médicas y nuevas formas de cuidado personal que difícilmente hubieran podido obtener en sus localidades.

5. En proyectos como los de la autogenia y otros relacionados al papel que debía cumplir el ejército en la modernización del país, vemos la confluencia de médicos militares y oficiales profesionales. Pese a la complementariedad en sus labores y a sus puntos en común, las relaciones entre estos grupos no fueron del todo armónicas. Las ambiciones que depositaron los médicos militares en el ejército fueron de variada naturaleza, yendo desde las de nivel profesional y personal hasta las que veían en la participación de los galenos la garantía para un real impacto del ejército en la sociedad. Los oficiales, por su parte, los vieron a estos como auxiliares a la labor que ellos realizaban, personajes secundarios que intervenían solo para aplicar su conocimiento técnico en labores circunscritas. Esto, sumado a las desventajas que podía traer formar parte de un ejército en proceso de consolidación tales como una vida azarosa, reducidos e irregulares sueldos y hasta la ausencia de rancho o monturas hizo que profesionales ávidos de oportunidades como los jóvenes galenos pensaran dos veces en asimilarse al ejército. Los pocos médicos militares que sí decidieron continuar con el camino de la asimilación establecieron un incipiente espíritu de cuerpo. Fruto de adversidades y

experiencias comunes, altos oficiales médicos y subalternos sanitarios hicieron frente a lo que ellos consideraban como arbitrariedades cometidas por oficiales de carrera en el desempeño de sus labores.

6. Pese a estas confrontaciones, sí hubo puntos en común entre la Sanidad Militar y el cuerpo de oficiales del ejército. Por un lado, a fines del siglo XIX los tesisistas de medicina que posteriormente integrarían la Sanidad Militar vieron como base del futuro sistema sanitario al cuartel por sobre el hospital militar. Por su parte, los oficiales de carrera también empezaron a ver a los cuarteles como espacios a intervenir para garantizar una fuerza sana que pudiera resistir los ejercicios militares que ellos dirigían y que estuviera físicamente presta para el combate. Los galenos castrenses y los oficiales también coincidieron en la importancia de la correcta revisión sanitaria de los conscriptos desde el inicio del servicio militar hasta el licenciamiento. Asimismo, hubo un vocabulario médico en común y nociones de enfermedades, con términos que atestiguan el surgimiento de una cultura sanitaria entre la Sanidad Militar y el cuerpo de oficiales del ejército peruano tales como el entendimiento de la higiene como intervención preventiva y la preocupación por enfermedades como la tuberculosis y la sífilis. Al igual que los galenos castrenses, los oficiales también concibieron al cuartel como un espacio de “civilización” del conscripto indígena, lugar donde iba a aprender las primeras letras en castellano y despertar su amor por la Patria. Con todo, las formas para alcanzar este objetivo fueron diferentes para ambos grupos. Desde la Sanidad Militar, fue la constante observación médica y la aplicación de la higiene lo que permitiría civilizar a los indios mientras que, para los oficiales, fue la disciplina castrense la que internalizaría los hábitos higiénicos necesarios para la redención del indígena. También hubo diferencias en cuanto al alcance de la reforma sanitaria en el ejército, más circunscrita al nivel cuartelario en el caso de los oficiales, mientras que la Sanidad Militar se proyectaba más allá, incluyendo la atención médica en ejercicios, incursiones y exploraciones, expediciones punitivas y otras operaciones militares en el territorio nacional.

7. Por otra parte, creemos que es necesario insertar a la Sanidad Militar dentro de lo que por primera vez en la historia del país fueron intentos serios para instalar una infraestructura sanitaria de alcance nacional. Contemporánea a la Dirección de Salubridad (1903) del Ministerio de Fomento, al igual que esta la Sanidad Militar y Naval (1904) proyectó su presencia más allá de Lima, haciéndose presente en los diversos departamentos donde se hallaba tropa acantonada o acompañando al cuerpo de oficiales en sus viajes de estudio por el territorio nacional. Los dos sistemas incluso se intersecaban, especialmente en lo referido a los médicos titulares en provincia, figuras locales que también se encargaban de atender a los efectivos del ejército allí donde no había personal médico militar, así como de brindar una primera revisión sanitaria a los conscriptos en sus lugares de origen. En ese sentido, al ser una reforma inédita y necesaria para un ejército que buscaba alcanzar la profesionalización, que la Sanidad Militar se haya apoyado en una estructura sanitaria existente como fueron los médicos titulares representó un gran avance en cuanto estos profesionales conocían las patologías locales, eran funcionarios del gobierno - a diferencia de la Beneficencia y las órdenes religiosas hospitalarias- y establecían el primer chequeo sanitario militar en las provincias. Por si fuera poco, frente a los limitados recursos con los que contaba el ejército a inicios del siglo XX, echar mano de los médicos titulares resultó factible para una institución que hasta entonces no consideró como prioridad presupuestal a la sanidad castrense ni tuvo un hospital militar propio sino hasta 1910. No obstante, el montar la estructura de la Sanidad Militar sobre un sistema sanitario civil también trajo consigo ciertas dificultades para esta naciente institución, al recargar a los ya atareados médicos titulares con labores médicas ahora encargadas por el ejército. Esto significó que las capacidades de la Sanidad Militar más allá de Lima fueron seriamente dependientes de un sistema civil ante la reducida cantidad de personal médico castrense para atender a aproximadamente 4000 efectivos, limitando cualquier programa sanitario o el combate de enfermedades como la tuberculosis y la sífilis.
8. Debido a esta imposibilidad de extender el sistema sanitario castrense por todo el territorio nacional y a las desavenencias que se tuvo con instituciones como

la Dirección de Salubridad, las órdenes religiosas hospitalarias, así como las sociedades de beneficencia, resultó difícil a la Sanidad Militar (1904) poder centralizar la data estadística sanitaria de la población peruana movilizable. Esto impactó en varios aspectos de la reforma del ejército: principalmente afectado estuvo el Servicio Militar Obligatorio (SMO) al no poderse excluir del servicio a los jóvenes cuyos problemas de salud limitaban su desempeño como conscriptos. Asimismo, la información sobre el estado sanitario de los militares atendidos en hospitales administrados por beneficencias locales no era consignada a la Sanidad Militar, lo cual repercutió en la vigilancia médica que esta institución hacía del efectivo del ejército. Así, Lima surgió como centro de producción de información estadística sanitaria al concentrar la mayor cantidad de camas administradas por el ejército y personal médico militar que llevara a cabo labores de acopio de data. No obstante, la situación de la Sanidad Militar en la capital no estuvo exenta de problemas. Surgieron serias críticas desde dentro del gremio médico dirigidos a los encargados de recabar la información estadística en los cuarteles limeños y en el hospital de San Bartolomé, labores llevadas a cabo por practicantes de medicina. Estos jóvenes galenos fueron señalados por no tener la *expertise* necesaria para diagnosticar adecuadamente enfermedades tan complicadas como la tuberculosis y la sífilis, comprometiendo así la fiabilidad de las cifras sanitarias disponibles. Lo que se tuvo en las primeras décadas del siglo XX fue un sistema sanitario militar doblemente comprometido: a la escasa data disponible sobre los conscriptos que llegaban a Lima se unieron las críticas a la idoneidad de practicantes de medicina en una labor tan trascendental como el acopio de información sanitaria castrense. Esto, finalmente, impactó negativamente sobre las capacidades de diagnóstico, el tratamiento de enfermedades en las tropas acuarteladas y en la capacidad de revisión de los indígenas que eran llamados a incorporarse al ejército peruano en el marco del Servicio Militar Obligatorio.

9. La presencia de estas enfermedades como las venéreas y la tuberculosis en la tropa desde finales del siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo XX fue agravada por las pésimas condiciones en las que se encontraba gran parte de

la infraestructura militar y las dificultades que tuvo la Sanidad Militar para remediar tal situación. Desde el momento en que los conscriptos dejaron sus lugares de origen para cumplir con el Servicio Militar Obligatorio (SMO), estos pernoctaban en lugares precarios, a merced de los elementos. Al llegar a las cabezas de provincia y a Lima se encontraron con cuarteles sin saneamiento previo, ventanas sin vidrios, reducidos espacios disponibles para cada soldado, camas sin mantas o habitaciones sin catres. Para cuando empezaban a toser los conscriptos, eran derivados al hospital militar de San Bartolomé, institución que durante décadas había sido criticada por insalubre y precaria, a tal punto que había sido establecida como destino de los tísicos del ejército previo a su licenciamiento y su regreso a sus lugares de origen (1907). Así, los soldados vieron iniciar los síntomas tuberculosos desde que ingresaban al ejército hasta que eran licenciados o fallecían en el servicio de las armas. Concluimos que un nuevo servicio militar de alcance nacional y -en general- una reforma militar que se preciara de ser exhaustiva y modernizadora como la peruana no podía concretar sus objetivos disciplinarios y civilizatorios sobre esta infraestructura sanitaria tan proclive al debilitamiento del estado de salud de las tropas que la ocupaban. Como hemos visto, esto fue lo que sucedió en el caso peruano.

10. Del lado de la lucha antivenérea, vemos un cambio en las percepciones de estas enfermedades y en el tipo de respuesta de la Sanidad Militar. Inicialmente, las teorías médicas con influencias raciales indicaban que los indígenas eran refractarios a estos flagelos, aduciendo una falta de sensualidad inherente y una sexualidad limitada. Posteriormente, la Sanidad Militar reconoció que no solo estas enfermedades estaban presentes en la sierra, sino que tenían gran prevalencia en las estadísticas médicas castrenses. Esto implicó que la Sanidad Militar pasara de una estrategia de tipo prohibitiva a una más preventiva: mientras antes se había buscado restringir el contacto de las tropas con meretrices y rabinas, el director del Servicio de Sanidad Dr. Alarco promovió desde 1913 el uso de jabones antisépticos y pomadas mercuriales en toda salida del cuartel. Con todo, la lucha antivenérea militar sufrió de los yerros que plagaban el funcionamiento

del ejército peruano: alta ineficiencia a la hora de administrar el escaso presupuesto disponible y una asfixiante burocracia militar que enfrentaba a la Sanidad Militar y otras dependencias castrenses. Para cuando finalmente se pudo contar con medicamentos que trataran la enfermedad sin matar al paciente (el salvarsán y el neosalvarsán), la Sanidad Militar se vio forzada a permitir que sus galenos castrenses siguieran recetando mercurio ante el desabastecimiento de estas medicinas, poniendo en peligro la vida de la tropa afectada por el “mal de lúes”.

11. Finalmente, creemos que con la fundación de la Sanidad Militar los médicos que la conformaron lograron ciertos objetivos concretos en el marco de la reforma militar, más allá de las limitaciones que afrontó el ejército peruano en general durante las primeras décadas del siglo XX. Para empezar, consideramos que sí se constituyó una incipiente cultura sanitaria entre los oficiales de carrera y sus efectivos de tropa. Pese a las escasas menciones en las fuentes, hemos podido identificar pedidos de subalternos para acceder a mejores medicinas -como en el caso de los antisifilíticos-, miembros del ejército que solicitaban acceso a instalaciones adecuadas -efectivos tísicos que pedían ser trasladados a sanatorios en Jauja- o subalternos que comunicaban a los médicos militares sus malestares con la esperanza de recibir tratamiento. Asimismo, vemos oficiales que velaban por el buen estado de salud de las fuerzas bajo su mando pidiendo frazadas para que puedan guarecerse del invierno, llamando a médicos militares para que auxilien a sus subordinados o solicitando agua al Estado Mayor General para que las tropas pudieran cocinar, asearse y beber. Hubo una consciencia mayor sobre la importancia de la salud de los militares y una preocupación por tener lo mínimo disponible para asegurar el funcionamiento del Servicio Militar Obligatorio a pesar de las muchas limitaciones heredadas del ejército del siglo XIX, especialmente en cuanto a la precaria infraestructura habitacional y hospitalaria castrense. Por supuesto que este generó sus propios problemas al ser una reforma tan trascendental para la vida de miles de ciudadanos, pero creemos que es necesario incluir en el análisis la frágil situación en la que muchos peruanos sirvieron en el ejército decimonónico, tiempos aquellos en los que la vida del

efectivo pasaba a un segundo plano. Concluimos agregando que el accionar del Servicio de Sanidad Militar sí contribuyó a mejorar las condiciones sanitarias de los soldados, enviando informes sobre el estado de salud de los efectivos que permanecían en los cuarteles, llamando la atención sobre el estado de la infraestructura cuartelaria y hospitalaria, así como revisando a los conscriptos y licenciando a quienes se vieron incapacitados para poder continuar con su servicio a la patria. Creemos que, sin el auxilio de la Sanidad Militar, la preocupación de sus miembros y los esfuerzos que estos dedicaron al ejército no hubiera sido posible realizar la reforma más importante entre todas sus reformas: el Servicio Militar Obligatorio.

VII. Anexos:

Anexo I: lista de tesis relacionadas con la sanidad militar (siglo XX)⁵⁹⁵

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 1862
Macedo, J. M.
Cólicos de plomo de los militares
Tesis doctoral | <p>Estudio de las heridas por armas de fuego</p> | <p>Anestesia quirúrgica por el cloroformo</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • 1875
Sánchez Concha, E.
Historia de las amputaciones desde los cirujanos antiguos hasta nuestros días | <ul style="list-style-type: none"> • 1882
Pérez Aranibar, A.
Heridas por armas de fuego y su influencia sobre la diátesis | <ul style="list-style-type: none"> • 1889
Chávez, S.
Higiene del soldado |
| <ul style="list-style-type: none"> • 1877
Loza, J. M.
Las heridas producidas por armas de fuego | <ul style="list-style-type: none"> • 1883
Ibáñez, R.
Del sulfuro de carbono en el tratamiento de las úlceras, heridas, etc. | <ul style="list-style-type: none"> • 1891
Alvarado, T.
Estadística de la tuberculosis general de Lima y particulares del Panóptico [y] del Hospital Militar de San Bartolomé |
| <ul style="list-style-type: none"> • 1878
Zagal, E.J.
Acción del cloroformo sobre los organismos: indicaciones y contraindicaciones terapéuticas | <ul style="list-style-type: none"> • 1883
Morote, V.
De la anestesia mixta | <ul style="list-style-type: none"> • 1894
Paredes, V.
Ligeras observaciones sobre los efectos del proyectil Mannlicher |
| <ul style="list-style-type: none"> • 1880
Fernández Dávila, A.
Tratamiento de las heridas por armas de fuego del miembro inferior, complicadas de fractura | <ul style="list-style-type: none"> • 1884
Arguedas, M. B.
De la posición en el tratamiento de las fracturas | <ul style="list-style-type: none"> • 1895
Olano, G.
Fracturas conminutas por proyectiles de guerra de pequeño calibre sin amputación en el servicio del Doctor Ernesto Odriozola |
| <ul style="list-style-type: none"> • 1881
Palza, J. | <ul style="list-style-type: none"> • 1884
Torres, J. D.
La resección en las heridas por armas de fuego | <ul style="list-style-type: none"> • 1895
Vélez, J.
Ambulancias civiles y servicio sanitario militar |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 1888
Cárdenas, C.
Servicio sanitario para el Ejército | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • 1888
Rodríguez, J. S. | |

⁵⁹⁵ Basado en Meza & Valladares (2012) *Catálogo de tesis de medicina...*, pp. 18-53.

Anexo II: certificado de conscriptos y cédula de identidad militar

N.º 1: Archivo Regional de Puno, 1905, Certificado personal de remisión de voluntario de Víctor Calderón, 01 de abril de 1905.



SERVICIO MILITAR

Junta Conscriptora de la Provincia de Cercado

Departamento de Puno Distrito del Cercado

CERTIFICADO PERSONAL DE REMISIÓN DE VOLUNTARIOS

No. _____

FILIACION		
ESTATURA	METROS	CENTIMETROS
	1.	60

Edad 19 años

Color peruano

Cara larga

Cabellos negros

Ojos pardos

Cejas peludas

Nariz regular

Boca regular

Lábios regulares

Barba ligero rasurado

SEÑALES PARTICULARES
Una cicatriz en la
parte superior de la
cabeza.

EL voluntario Victor Calderón hijo de Francisco Calderón y de Simona Saca inscrito en el Registro militar que se indica, con el No. _____ sacó en sorteo practicado el _____ de _____ de 190 _____ el No. _____ cumplimiento del artículo 6.º de la ley de "Servicio Militar" celebra ante esta Junta, por duplicado, el **compromiso** de servir en el Ejército Regular por cuatro años.

Nació el 06 de Agosto de 1885 en Nuisa distrito de id provincia de Nuya departamento de Puno, casado con virgen de profesión comerciante y domiciliado en la calle de Lima No. 6 Puno a 1 de Abril de 1905

Presidente de la Junta Conscriptora,

Secretario de la Junta Conscriptora

LOTHAR BEER LIMA 4993

Anexo N.º 2: Archivo Regional de Puno, 1902, Matrícula N.º 3250 perteneciente al cabo del Batallón N.º 9 Remigio Quispe Chiri, 01 de abril de 1902.



Ejército Nacional
Batallón N.º 9 1.ª Compañía

MATRÍCULA No. 3250 LIBRO No. 2 FOLIO No. 23

Filiación del Cabo Remigio Quispe Chiri

(ESPACIO DE FOTOS)

Plancha N.º



Plancha N.º

Edad ... 23 años	Estatura el 1.º de Abril de 1902 ... 1.70
Nació el 27 de Setiembre de 1878	Rectificado el ... de ... de 190...
En Chupa	Temperamento
Distrito ... id.	Compleción ...
Provincia ... Arequipa	Cabellos ... Negros y
Departamento de Puno	Frente ... Ancho
Hijo de Manuel Quispe	Cejas ... Rasas y
y de Manuela Chiri	Ojos ... Pardos y
Raza ... India	Naríz ... Romana
Religión Católica A. y Romana	Boca ... Blanca
Profesión ... Agricultor	Cara ... Redonda
Estado Civil ... casado con Francisca Mamani	Pilosidades de la cara ... bigote
Sabe leer ... si	Color ... Trigueño
Sabe escribir ... si	SEÑALES - PARTES Picado de ...

Anexo N.º 3: Archivo Regional de Puno, 1904, Matrícula N.º 10462, perteneciente al cabo del Batallón N.º 11 Fermín Marmanillo, 11 de enero de 1904.



EJÉRCITO NACIONAL

Batallón N.º 11 2ª Compañía

Matrícula No. *10462* Libro No. *2* Folio No. *190*

Filiación del *Cabo Fermín Marmanillo Cristó*

(RETRATO DE PERFIL)

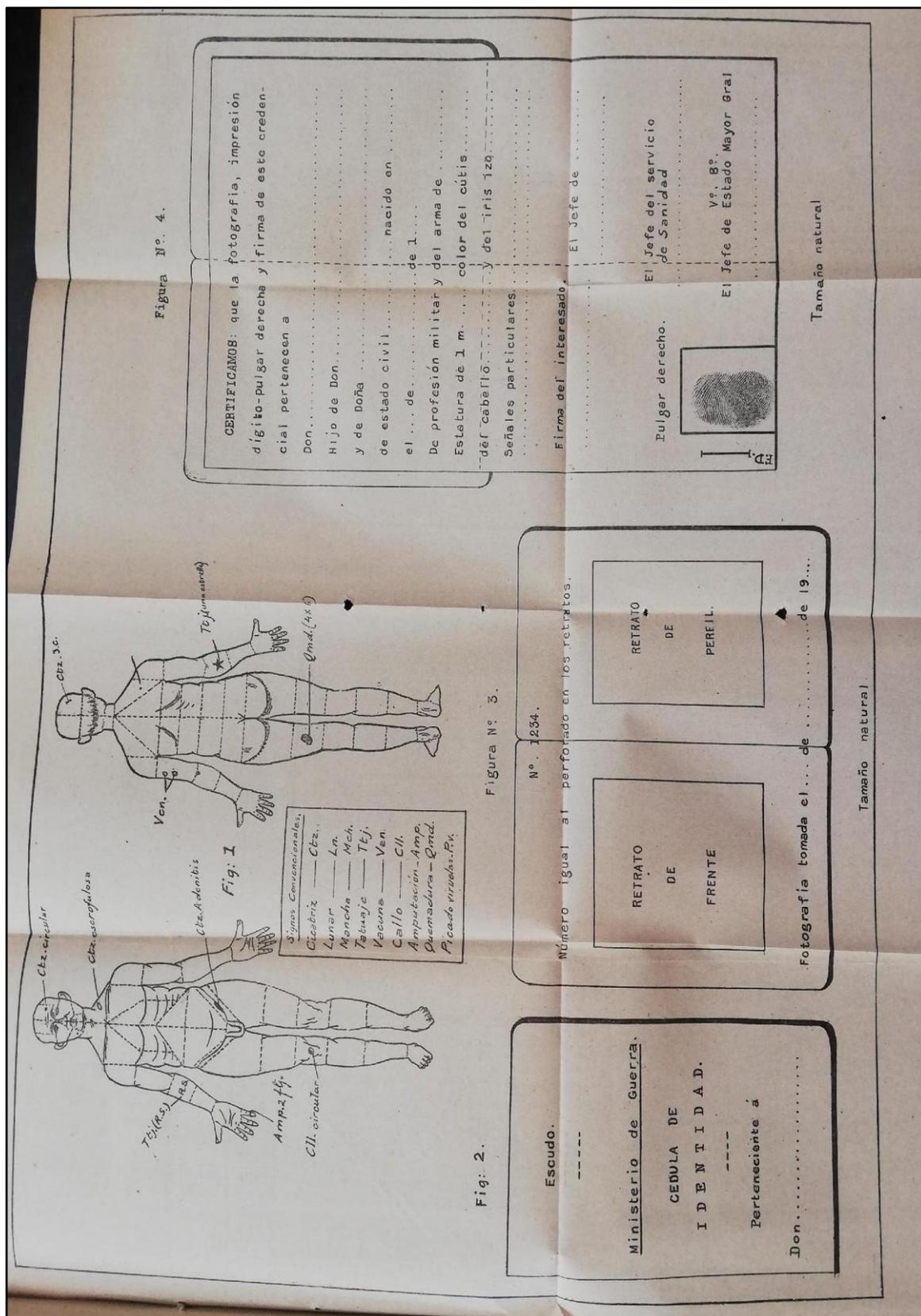
Plancha No.

(RETRATO DE FRENTE)

Plancha No.

<p>Edad <i>27 años</i></p> <p>Nació el <i>14</i> de <i>Julio</i> de <i>1875</i></p> <p>En <i>Puno</i></p> <p>Distrito <i>1</i></p> <p>Provincia <i>"</i></p> <p>Departamento de <i>"</i></p> <p>Hijo de <i>Leonardo Marmanillo</i></p> <p>y de <i>María Cristó</i></p> <p>Raza <i>india</i></p> <p>Religión <i>Católica</i></p> <p>Profesión <i>Alcarero</i></p> <p>Estado Civil <i>Soltero</i></p> <p>Sabe leer <i>no</i></p> <p>Sabe escribir <i>no</i></p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="font-size: x-small;">Metros</th> <th style="font-size: x-small;">Centímetros</th> <th style="font-size: x-small;">Milímetros</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">65</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Estatura el <i>11</i> de <i>Enero</i> de <i>1904</i></p> <p>Rectificado el <i>de</i> de <i>190</i></p> <p>Temperamento <i>Linfático</i></p> <p>Complexión <i>delgado</i></p> <p>Cabellos <i>negros</i></p> <p>Frente <i>pequeño</i></p> <p>Cejas <i>rallas</i></p> <p>Ojos <i>pardos</i></p> <p>Nariz <i>de mediana</i></p> <p>Boca <i>regular</i></p> <p>Cara <i>larga</i></p> <p>Labios <i>regulares</i></p> <p>Pilosidades de la cara <i>lampiño</i></p> <p>Color <i>trigueño</i></p> <p style="font-size: x-small; text-align: center;">Señales particulares</p> <p><i>Desarrollados en la boca y otros en el labio inferior</i></p>	Metros	Centímetros	Milímetros	1	65	0
Metros	Centímetros	Milímetros					
1	65	0					

Anexo N.º 4: Cédula de identidad, en Fernández, G. (1918) *Procedimientos de identificación personal en el ejército*, en *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, año XVI, nº 2.



VII. Documentación y bibliografía consultada

VII. 1. Fuentes consultadas:

Archivo Histórico Militar del Perú (AHMP)

- 1895, caja 1
- 1896, cajas 1 y 2
- 1897, caja 2
- 1898, caja 1
- 1899, cajas 1, 2 y 5
- 1900, cajas 1, 2 y 5
- 1903, caja 3
- 1904, caja 4
- 1905, cajas 3 y 8
- 1906, caja 1
- 1907, cajas 4, 5, 6, 7 y 8
- 1908, cajas 1, 4 y 5
- 1909, cajas 1, 3 y 4
- 1910, cajas 1, 2, 7, 8, y 9
- 1911, cajas 1, 2, 3, 4 y 5
- 1912, cajas 2, 3, 6, 7 y 12
- 1913, cajas 6, 7 y 8
- 1914, cajas 1 y 3
- 1915, cajas 3, 7, 8 y 11
- 1916, caja 6
- 1917, cajas 3 y 4
- 1918, cajas 2, 8 y 9
- 1919, cajas 3, 4, 5 y 11
- 1920, cajas 1, 2, 3, 9, 12 y "Caja Misión Francesa"

Archivo Regional de Puno

- Cajas de años 1902, 1904 y 1905

Biblioteca del Archivo Histórico Militar del Perú

- Revista Militar y Naval
 - Años: 1888 y 1893
- Boletín del Ministerio de Guerra y Marina
 - Años: 1904-1919
- Memorial del Ministerio de Guerra y Marina
 - Años: 1919-1920

Biblioteca Nacional del Perú (BNP)

- Hemeroteca
 - Gaceta Médica de Lima (1860)
- Fondo Reservado
 - Valdez, J. M. (1827) Memoria sobre las enfermedades epidémicas que se padecieron en Lima el año de 1821 estando sitiada por el Ejército Libertador. Lima: Imprenta de la Libertad por J. Masías, p. 29.

Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de la UNMSM

- Anales de la Universidad Mayor de San Marcos de Lima (años: 1901-1902)
- Anales Universitarios (año: 1902)
- Revista Universitaria (años: 1907-1912)
- La Crónica Médica (años: 1898-1919)
- Monitor Médico (años: 1895-1890)
- Gaceta Médica de Lima (años: 1856-1868)
- La Gaceta Médica. Revista Quincenal de Medicina y Cirugía (años: 1875-1878)

Tesis y monografías de medicina (siglos XIX y XX) consultadas

Alvarado, T. (1891). *Estadística de la tuberculosis general de Lima y particulares del Panóptico del Hospital Militar de San Bartolomé* [Tesis de bachiller en Medicina]. Universidad Mayor de San Marcos.

Arguedas, M. B. (1884). *De la posición en el tratamiento de las fracturas*. Facultad de Medicina de Lima.

- Cárdenas, C. (1888). *Servicio sanitario para el Ejército* [Tesis de bachiller en Medicina].
Facultad de Medicina.
- Chávez, S. (1889). *Higiene del soldado*. Universidad Mayor de San Marcos.
- Fernández Dávila, A. (1880). *Tratamiento de las heridas por armas de fuego del miembro inferior, complicadas de fractura*. Facultad de Medicina de Lima.
- Ibáñez, R. (1883). *Del sulfuro de carbono en el tratamiento de las úlceras, heridas, etc.*
Facultad de Medicina de Lima.
- Loza, J. M. (1877). *Las heridas producidas por armas de fuego*. Facultad de Medicina de
Lima.
- Macedo, J. M. (1862). *Cólicos de plomo de los militares* [Tesis de doctor en Medicina].
Facultad de Medicina de Lima.
- Morote, V. (1883). *De la anestesia mixta*. Facultad de Medicina de Lima.
- Olano, G. (1895). *Fracturas conminutas por proyectiles de guerra de pequeño calibre sin amputación en el servicio del Doctor Ernesto Odriozola*. Facultad de Medicina de
Lima.
- Palma, C. (1897). *El porvenir de las razas en el Perú*. Facultad de Letras de la Universidad
Mayor de San Marcos.
- Palza, J. (1881). *Estudio de las heridas por armas de fuego* [Tesis de bachiller en
Medicina]. Facultad de Medicina de Lima.
- Paredes, V. (1894). *Ligeras observaciones sobre los efectos del proyectil Mannlicher*.
Facultad de Medicina de Lima.
- Paz Soldán, C. E. (1910). *La medicina militar y los problemas nacionales*. Imprenta Liberal.
- Pérez Aranibar, A. (1882). *Heridas por las armas de fuego y su influencia sobre la diátesis*
[Tesis de bachiller en Medicina]. Facultad de Medicina de Lima.

Rodríguez, J. S. (1888). *Anestesia quirúrgica por el cloroformo*. Facultad de Medicina de Lima.

Sánchez Concha, E. (1875). *Historia de las amputaciones desde los cirujanos antiguos hasta nuestros días*. Facultad de Medicina de Lima.

Torres, J. D. (1884). *La resección en las heridas por armas de fuego*. Facultad de Medicina de Lima.

Vélez, P. (1895). *Ambulancias civiles y servicio sanitario militar*. Facultad de Medicina de Lima.

Vigil, J. (1900). *Estudio sobre la higiene de los cuarteles* [Tesis de bachiller en Medicina]. Facultad de Medicina de Lima.

Zagal, E. J. (1878). *Acción del cloroformo sobre los organismos: Indicaciones y contraindicaciones terapéuticas*. Facultad de Medicina de Lima.

Fuentes oficiales impresas del Ministerio de Guerra y Marina

Alarco, G. (1913). Memoria presentada por el Director de la Sanidad Militar correspondiente al año 1912 a 1913. En *Memoria que el Ministro de Guerra y Marina General Enrique Valera presenta al Congreso Ordinario de 1913*. Imprenta Americana.

Estado Mayor del Ejército. (1902). *Memoria sobre el viaje del Estado Mayor*. Imprenta Southwell.

Estado Mayor del Ejército. (1916). *Memoria del viaje de estudios de la academia de Estado Mayor*. Imprenta, litografía y librería del Estado Mayor General del Ejército.

Ministerio de Guerra y Marina. (1847). *Memoria que dirige al Congreso del Perú en 1847 el Ministro de Guerra y Marina*. Imprenta de José Masías.

Ministerio de Guerra y Marina. (1862). *Memoria que presenta al Congreso el Ministro de Guerra y Marina, año 1862*. Imprenta de la Época por J. E. del Campo.

Ministerio de Guerra y Marina. (1896). *Memoria del Ministerio de Guerra y Marina*. Imprenta de El País.

Ministerio de Guerra y Marina. (1897). *Memoria que el Ministro de Guerra y Marina presenta a la Legislatura Extraordinaria de 1897*. Imprenta de El País.

Ministerio de Guerra y Marina. (1899). Guerra. En *Memoria que el Ministro de Guerra y Marina presenta a la Legislatura Extraordinaria de 1899*. Imprenta de El País.

Ministerio de Guerra y Marina. (1901). *Memoria que el Ministro de Guerra y Marina presenta al Congreso Ordinario de 1901*. Imprenta Liberal.

Memoria del Ministerio de Guerra y Marina (1904). *Sanidad Militar*. Imprenta del Estado.

Ministerio de Guerra y Marina. (1905). *Memoria del Ministro de Guerra y Marina*. Imprenta del Estado.

Ministerio de Guerra y Marina. (1906). *Memoria del ministro de Guerra y Marina*. Tipografía «El Perú».

Ministerio de Guerra y Marina. (1907a). *Memoria del jefe de la Sanidad Militar y Naval*. Imprenta del Estado.

Ministerio de Guerra y Marina. (1907b). Personal. En *Memoria del Ministerio de Guerra y Marina*. Imprenta del Estado.

Ministerio de Guerra y Marina. (1908). *Memoria del Ministro de Guerra y Marina*. Tipografía El Progreso Literario.

Ministerio de Guerra y Marina. (1911). *Memoria del ministro de Guerra y Marina*. Oficinas Tipográficas y Litográficas de la Escuela Militar.

Ministerio de Guerra y Marina. (1917). *Memoria que el Ministro de Guerra y Marina General D. Benjamín Puente presenta al Congreso*.

Ministerio de Guerra y Marina. (1918). *Memoria que el ministro de Guerra y Marina coronel César A. de la Fuente presenta al Congreso.*

Ministerio de Guerra y Marina. (s. f). Comisionado del Gobierno para estudiar en Europa los adelantos de la Sanidad Militar. En *Memoria que el ministro de Guerra y Marina General D. Benjamín Puente presenta al Congreso* (p. 1917).

Libros impresos del siglo XIX y XX consultados

Fuentes, M. A. (1858) *Estadística General de Lima*. Lima: Tipografía Nacional de M. N. Corpancho.

Polo, J. T. (1913). *Apuntes sobre las epidemias en el Perú*. Imprenta Nacional de Federico Barrionuevo.

Lemoine, J. (1912). *Diamantes sudamericanos*. Sociedad de Ediciones Louis Michaud.

Paz Soldán, C. E. (1912a). *El Cuerpo de los Médicos Militares en el Perú (Estudio de organización sanitaria militar)*. Empresa Tipográfica La Unión.

Paz Soldán, C. E. (1913). *La Región Cuzco-Puno. Estudio médico militar*. Imprenta del Servicio Geográfico del Ejército.

García, E. L. (1909). *Las razas en Lima*. Imprenta Sanmarti y Cia.

Valdez, J. M. (1827). *Memoria sobre las enfermedades epidémicas que se padecieron en Lima el año de 1821 estando sitiada por el Ejército Libertador*. Imprenta de la Libertad por J. Masías.

VII. 2. Bibliografía consultada:

- Aftalion, F. (1991). *A History of the International Chemical Industry*. University of Pennsylvania Press.
- Aguilar, E. (1911). El paludismo en las tropas acantonadas en el Callao (Apuntes de Sanidad Militar). *La Crónica Médica*, 542.
- Alarco, G. (1915). Sanidad Militar. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 9-10.
- Alarco, G. (1916a). Profilaxis de las enfermedades evitables (5ta conferencia). *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 9.
- Alarco, G. (1916b). Sanidad Militar. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 5.
- Alarco, J. (1878). La primera ovariectomía practicada en el Perú. *La Gaceta Médica de Cirugía y Medicina*, 7, 194.
- Alarcón, G., & Alarcón, R. (2016). *Las bartonelas y la Medicina peruana: Logros sólidos, reconocimientos tardíos*. Centro Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Alayza y Paz Soldán, L. (1909). El servicio militar como factor educativo en el Perú. *Revista Universitaria*, 1.
- Aljovín de Losada, C. (2000) *Caudillos y constituciones: Perú 1821-1845*. Lima: FCE-PUCP
- Almenara Butler, F. (1884). Cirugía Militar. *La Crónica Médica*, 3(4).
- Almenara Butler, F. (1891). La Medicina Militar. *La Crónica Médica*, 313-318.
- Altamirano, J. (2021) *Medidas de bioseguridad durante la pandemia y la convivencia de los cadetes en la Escuela Militar de Chorrillos ‘Coronel Francisco Bolognesi’ 2021*. Lima: Escuela Militar de Chorrillos ‘Coronel Francisco Bolognesi’, pp. 90-91.

- Álvarez Carrasco, R. (2011). Apuntes para la historia de la anestesiología en el Perú desde la época precolombina hasta 1947. *Acta Peruana de Anestesiología*, 19, 70-73.
- Anónimo. (1857). Crónica interior: Cirugía militar. *La Gaceta Médica de Lima*, I (19).
- Anónimo. (1866). Los médicos el 2 de mayo. *La Gaceta Médica de Lima*, X.
- Anónimo. (1876). Error de Diagnóstico. Historia de un enfermo del Hospital de San Bartolomé del Departamento del Doctor Ganoza. *La Gaceta Médica de Cirugía y Medicina*.
- Anónimo. (1886a). Demografía, nacimientos y defunciones en Lima: Primer trimestre (estío) de 1886. *Monitor Médico*, II, 44-47.
- Anónimo. (1886b). Nuestro primer aniversario. *Monitor Médico*, 1, 1.
- Anónimo. (1888a). Instrucción Militar. *Revista Militar y Naval*, 241.
- Anónimo. (1888b). Prospecto. *Revista Militar y Naval*, 1.
- Anónimo. (1893). El Infante. *Revista Militar y Naval*.
- Anónimo. (1903). Informe de la Comisión Técnica nombrada por la Facultad de Medicina a solicitud de la Sociedad de Beneficencia de Lima. *La Crónica Médica*, 338.
- Anónimo. (1905). Nomenclatura de enfermedades para el servicio sanitario del Ejército. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 13.
- Anónimo. (1913). Importancia del servicio sanitario del ejército. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 10.
- Anónimo. (1916a). Cirujano para el hospital militar. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 6.
- Anónimo. (1916b, de setiembre de). Sin «balas de plata». *El Comercio*.
- Anónimo. (1918, de agosto de). [No indicado]. *El Comercio*.
- Anónimo. (1920, de abril de). Vacuna antituberculosis. *El Comercio*.

- Arbayza, T. (1875). Hospital Militar de San Bartolomé. *La Gaceta Médica de Cirugía y Medicina*.
- Arce Espinoza, E. (2015). *La utopía postergada: Un enfoque social de la salud en el Perú*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Arias-Schreiber Pezet, J. (1979, mayo 10). *Los médicos peruanos en la Guerra del Pacífico*.
- Arias-Schreiber Pezet, J. (1984). *Médicos y farmacéuticos en la Guerra del Pacífico*. Comisión Nacional del Centenario de la Guerra del Pacífico.
- Avendaño, L. (1885). Natalidad y mortalidad de Lima. Año 1887. *La Crónica Médica*, 59.
- Avendaño, L. (1901). Discurso académico de apertura del año universitario de 1901 pronunciado por el doctor Leonidas Avendaño, catedrático de la Facultad de Medicina. *Anales de la Universidad Mayor de San Marcos de Lima*, XXIX.
- Avendaño, L. & Zavala, M. (1905). Medicina Legal. *La Crónica Médica*, 393.
- Avendaño, L. (1906). Informe de la Sanidad Militar. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 23.
- Basadre, J. (2002). *La Iniciación de la república: Contribución al estudio de la evolución política y social del Perú*. Fondo Editorial de la UNMSM.
- Basadre, J. (2014). *Historia de la República del Perú*. El Comercio.
- Beingolea, A. (1912). Práctica sobre las observaciones astronómicas en campaña. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 6.
- Bello, E. (1895). Cloasma en las heridas por armas de fuego con fracturas óseas múltiples. *La Crónica Médica*, 172.
- Beúnza, N. (1911). Servicio Militar del País. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 5.
- Blázquez Rodríguez, M. I. B. (2010). Democratizar la atención en salud. *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 19(2-3), 136-137.

- Bonilla, Z., & Deza, L. (1996). Hospital Materno Infantil San Bartolomé—Cónica de sus inicios. *Anales de la Facultad de Medicina*, 57(4), 296-299.
- Bourguet, S. (1914). Servicio de Sanidad en Campaña. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 5.
- Brandt, A. (1987). *No magic bullet. A social history of venereal disease in the United States since 1880*. Oxford University Press.
- Bryer, A., Vallie, Y., & Wasserman, S. (2011). The Great Pretender. *The Lancet*, 377.
- Burga, M., & Flores Galindo, A. (1981). *Apogeo y crisis de la República Aristocrática* (Número 8). Ediciones Rikchay Perú Lima.
- Bustíos Romaní, C. (2002). *Cuatrocientos años de la salud pública en el Perú: 1533-1933*. UNMSM.
- Bustíos Romaní, C. (2021). *San Fernando y su contribución a la moralidad médica en el Bicentenario de la Independencia del Perú*. UNMSM.
- Capetti, P. (1907). Administración militar. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 10.
- Caponi, S. (2009). Para una genealogía de la anormalidad: La teoría de la degeneración de Morel. *Scientle Studia*, 7(3).
- Carey, M. (2014). Climate, Medicine and Peruvian Health Resorts. *Science, Technology, & Human Values*, 39(6).
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0162243914524280>
- Cariat, F. (1911). Fortificación de campaña. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 13, 41.
- Carranza, L. (1891). Editorial. *Boletín de la Sociedad Geográfica de Lima*, I, 1-2.
- Cartwright, F., & Biddiss, M. (2000). *Disease & History*. Sutton Publishing.
- Castillo, Ó. (2021). *Antecedentes históricos de los servicios de agua y saneamiento urbanos de Lima* [Manuscrito de tesis doctoral].

- Ccahuana Córdova, J. A. (2020). La reforma educativa de 1905: Estado, indígenas y políticas racializadas en la República Aristocrática. *Apuntes*, 47(86), 5-32.
- Center for Disease Control and Prevention. (2021). *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines*. Centers for Disease Control and Prevention.
- Cervera, F. G. (1978). *Las enfermedades en la trayectoria del libertador San Martín*. <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/handle/11185/4980>
- Chambers, S. C. (2003). Little Middle Ground: The Instability of a Mestizo Identity in the Andes, Eighteenth and Nineteenth Centuries. En N. Appelbaum, A. S. Macpherson, & K. A. Roseblatt (Eds.), *Race and Nation in Modern Latin America* (pp. 32-55). University of North Carolina Press.
- Chávez, E. (1879). Intoxicación saturnina de los soldados del ejército. *La Gaceta Médica de Cirugía y Medicina*.
- Chávez, E. (1904). Sanidad Militar y Naval. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 8.
- Chávez, E. (1905). Higiene militar. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 11.
- Chávez, E. (1907a). Higiene Militar. Cuarta conferencia: Alimentación. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 10.
- Chávez, E. (1907b). Memoria del Jefe de la Sanidad Militar y Naval. En *Memoria del Ministerio de Guerra*. Imprenta del Estado.
- Chávez, E. (1908). Defectos físicos y enfermedades incurables que inhabilitan para el servicio de las armas. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 8.
- Clement, P. (1901). Revisión del arco meridiano del Perú. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, t. X
- Coello, A. (2018). Algunas notas sobre el antiguo Hospital Refugio de Incurables. *Arkinka*, 273, 82-87.

- Comisión de Sanidad Militar de la Academia Libre de Medicina. (1888). Organización del Servicio de Sanidad Militar en campaña. *Monitor Médico*, 98.
- Comisión Permanente de la Historia del Ejército del Perú. (2001). *Compendio de Historia General del Ejército*. Oficina de Información del Ejército.
- Contreras, C. (1996). La Descentralización Fiscal en el Perú Después de la Guerra Con Chile, 1886-1895. *Revista Relaciones*, 67(68), 203-231.
- Contreras, C. (2012). *La economía pública en el Perú después del guano y del salitre: Crisis fiscal y élites económicas durante su primer siglo independiente*. IEP.
- Contreras, C., & Cueto, M. (2008). Caminos, ciencia y Estado en el Perú, 1850-1930. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 15(3), 635-655.
- Contreras, C., & Oliart, P. (2014). *Modernidad y educación en el Perú*. Ministerio de Cultura del Perú.
- Cosamalón Aguilar, J. A. (2017). *El juego de las apariencias: La alquimia de los mestizajes y las jerarquías sociales en Lima, siglo XIX*. Ciudad de México: El Colegio de México.
- Cotler, J. (2009). *Clases, Estado y Nación en el Perú*. IEP.
- Cueto, M. (1989). *Excelencia científica en la periferia: Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú, 1890-1950*. Grade.
- Cueto, M. (1992). Apogeo y crisis de la Sociedad Geográfica de Lima: 1888-1940. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 12, 35-46.
- Cueto, M. (2010). *El regreso de las epidemias: Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. IEP - Cayetano Heredia.
- Cueto, M. (2015). La «cultura de la sobrevivencia» y la salud pública internacional en América Latina: La Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del

siglo XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 22(1), 255-273.
<https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000100015>

Cueto, M., & Rivera, B. (2009). Entre la medicina, el comercio y la política: El cólera y el congreso sanitario americano de Lima, 1888. En *El rastro de la salud en el Perú*. IEP.

Davies, C. (1989). Goffman's concept of the total institution: Criticisms and revisions. *Human Studies*, 12, 77.

De la Cadena, M. (2004). *Indígenas mestizos: Raza y cultura en el Cusco* (Vol. 19). IEP.

De la Combe, E. (1892). Informe que presenta el coronel don Ernesto de La Combe a la Sociedad Geográfica, dándole cuenta de su expedición al río Azupizú y del camino que a él conduce. *Boletín de la Sociedad Geográfica de Lima*, 10.

De la Gorce, P. M. (1963). *The French Army: A Military-political History*. G. Braziller.

De Piérola, L. (1907). La profilaxis en la tuberculosis en el ejército. *Revista Universitaria*.

Deza, M. (1866). Dirección general de hospitales militares. *La Gaceta Médica de Lima*, X(X).

Diamond, J. (1999). *Guns, germs and steel. The fates of human societies*. W. W. Norton & Company.

Díaz, K. & Palacios, L. (2021) *Medidas de seguridad asociadas a la bioseguridad en las actividades de instrucción militar en las marchas de campaña de los cadetes de la Escuela Militar de Chorrillos 'Coronel Francisco Bolognesi' año 2021*. Lima: Escuela Militar de Chorrillos 'Coronel Francisco Bolognesi', p. 79

Dirección de Sanidad del Ejército. (2019, marzo 30). [Post]. Hoy se conmemora el centésimo décimo quinto aniversario del Servicio de Sanidad del Ejército del Perú, nuestra misión brindar servicios de salud, promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para lograr el bienestar del personal militar, familiares y la comunidad.

- Dormandy, T. (1999). *The White Death: A history of tuberculosis*. The Hambledon Press.
- Drinot, P. (2009). Locura, neurastenia y «modernidad»: Interpretaciones médico-legales y populares del suicidio en la República Aristocrática. En *El rastro de la Salud en el Perú*. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Drinot, P. (2017). *La seducción de la clase obrera: Trabajadores, raza y la formación del Estado peruano*. IEP.
- Drinot, P. (2020). *The sexual question. A history of prostitution in Peru, 1850-1950s*. Cambridge University Press.
- Eléspuru, J. (1904). Organización militar. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 8.
- Elías, N. (2000). Individualización en el proceso de la sociedad. En *La sociedad de los individuos* (pp. 143-176). Península.
- Ellis, R. (2019). The Great Pretender. En T. Solomon, B. D. Michael, A. Miller, & R. Kneen, *Case Studies in Neurological Infection*. Cambridge University Press.
- Eyzaguirre, R. (1896). La tuberculosis pulmonar en Lima. *La Crónica Médica*, 191.
- Eyzaguirre, R. (1897). La tuberculosis pulmonar en Lima. *Anales Universitarios*, 196.
- Eyzaguirre, R. (1903). Higiene y Demografía. *Anales Universitarios*, 348.
- Fernández, G. (1914). Selección médica de los contingentes. Resultado de los reconocimientos de los años 1911, 1912 y 1913. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 11.
- Fernández, G. (1918). Procedimientos de identificación personal en el ejército. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 2.
- Fernandini, D. (1911). Conveniente reglamentación del servicio militar obligatorio. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 4.
- Flores Galindo, A. (1994). *Buscando un inca: Identidad y utopía en los Andes*. Editorial Horizonte.

- Fonseca, J. (2000). Antialcoholismo y modernización en el Perú. *Histórica*, XXIV (2).
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2004). *Security, territory, population*. Macmillan.
- Frith, J. (2012). Syphilis – Its early history and Treatment until Penicillin and the Debate on its Origins. *Journal of Military and Veterans' Health*, 20(04).
- Gabriel, R. A. (2016). *Between Flesh and Steel: A History of Military Medicine from the Middle Ages to the War in Afghanistan*. University of Nebraska Press.
- García Jordán, P. (1992). Reflexiones sobre el darwinismo social. Inmigración y colonización, mitos de los grupos modernizadores peruanos (1821-1919). *Bulletin de l'Institut français d'études Andines*, 21(3), 961-975.
- García, M. A. (2007). *De Peruanos e Indios: La figura del indígena en la intelectualidad y política criollas (Perú: Siglos XVIII-XIX)*. Universidad Internacional de Andalucía.
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu.
- Goldberg, D. T. (2002). *The Racial State*. Blackwell Publisher.
- González Olaechea, M. (1896). Herida por arma de fuego. *La Crónica Médica*, 170.
- Halperin Donghi, T. (2004). *Historia contemporánea de América latina* (Número 50 (091) HAL). Alianza Editorial.
- Heath, O. (1915). The Wassermann test: A method not necessitating the use of guinea pigs as a source of complement. *British Medical Journal*.
- Huntington, S. P. (1957). *The Soldier and the State: The Theory and Politics of Civil–Military Relations*. Harvard University Press.
- Hurtado Meza, L. (2013). Ejército cholificado: Reflexiones sobre la apertura del ejército peruano hacia los sectores populares. *Íconos - Revista de Ciencias Sociales*, 0(26), 59. <https://doi.org/10.17141/iconos.26.2006.178>

- Inga, S., & Carcelén Reluz, C. (2019). La epidemia de fiebre amarilla en el puerto del Callao durante 1868. *Espiral, revista de geografías y ciencias sociales*, 1(2), Art. 2. <https://doi.org/10.15381/espiral.v1i2.17141>
- Jacob, J. T., Mehta, A. K., & Leonard, M. K. (2009). Acute Forms of Tuberculosis in Adults. *The American Journal of Medicine*, 122(1), 12-17. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.09.018>
- Jouve, J. (2014). *The black doctors of colonial Lima. Science, race and writing in colonial and early republican Peru*. McGill-Queen's University Press.
- John, J., & Donald, W. H. (1978). Asymptomatic urethral gonorrhoea in men. *Sexually Transmitted Infections*, 54(5), 322-323. <https://doi.org/10.1136/sti.54.5.322>
- Klarén, P. (2004). *Nación y sociedad en la historia del Perú* (Vol. 36). IEP.
- La Torre, V. (1913). Evaluación de la capacidad física del conscripto. *La Crónica Médica*, 596.
- Larson, B. (2004). *Trials of nation making: Liberalism, race, and ethnicity in the Andes, 1810-1910*. Cambridge University Press.
- Lastres, J. (1940). Fray Bartolomé de Vadillo y la fundación del Real Hospital de San Bartolomé. *La Reforma Médica*, 345, 794-796.
- Lastres, J. (1954). *La Sanidad Militar en el Perú: Discurso de orden leído el 30 de marzo de 1954 celebrando el 50 aniversario de la institución*.
- Moción de Saludo [al Día de la Sanidad Militar del Ejército Peruano], Moción de orden del Día N°13908 (Congreso de la República del Perú 2 de marzo de 2021).
- López Soria, J. (2001). Adiós al discurso moderno en el Perú. *Hueso Húmero*, 39, 48-57.
- López-Ocón, L. (1995). El nacionalismo y los orígenes de la Sociedad Geográfica de Lima. En *Saberes andinos: Ciencia y tecnología en Bolivia, Ecuador y Perú* (pp. 109-126). IEP.

- Lossio, J. (2002). *Acequias y gallinazos: Salud ambiental en Lima del siglo XIX*. IEP.
- Lossio, J. (2009). La ciencia médica y la salud pública en el Perú decimonónico: La visión del médico británico Archibald Smith. En M. Cueto (Ed.), *El rastro de la salud en el Perú*. IEP - Cayetano Heredia.
- Lossio, J. (2012). *El peruano y su entorno: Aclimatándose a las alturas andinas*. IEP.
- Lynch, K., & McCormack, M. (2013). Defining Soldiers: Britain's Military. *War in History*, 20(2), 144-159.
- Mabat, Y. (2020). Veterans of Christ: Soldier Reintegration and the Seventh-day Adventist Experience in the Andean Plateau, 1900–1925. *The Americas*, 77(2), 187-216. <https://doi.org/10.1017/tam.2020.1>
- Macera, P. (1974). *Las plantaciones azucareras en el Perú*. UNMSM.
- Marchena, J. (1992). *Ejército y Milicias en el Mundo Colonial*. Mapfre.
- Marcone, M. (1995). Indígenas e inmigrantes durante la República aristocrática: Población e ideología civilista. *Histórica*, 19(1), 73-93.
- Masarani, M., Wazai, H., & Dinneen, M. (2006). Mumps orchitis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99.
- Masterson, D. (2001). *Fuerza Armada y sociedad en el Perú moderno: Un estudio sobre relaciones civiles militares, 1930-2000*. Instituto de Estudios Políticos y Estratégicos.
- Matallana, G., & Salaverry, O. (2000). *Historia de la Medicina peruana en el siglo XX*. Fondo Editorial de la UNMSM.
- Mazzeo, C. (2018). Pagando por la guerra: Comercio y finanzas: Entre la Independencia y la Guerra de la Confederación. En C. McEvoy & A. Rabinovich, *Tiempo de Guerra: Estado, nación y conflicto armado en el Perú, siglos XVII-XIX*. IEP.
- McEvoy, C. (2013). *En pos de la República*. Centro de Estudios Bicentenario.

- McEvoy, C., & Rabinovich, A. (2018). *Tiempo de guerra: Estado, nación y conflicto armado en el Perú, siglos XVII-XIX*. IEP.
- McNeill, W. (1982). *The Pursue of Power: Technology, Armed Forces and Society since A.D. 1000*. University of Chicago Press.
- Medina, L. (1989). *El Ejército en la República: Siglo XIX*. Comisión Permanente de Historia del Ejército del Perú.
- Melot, A. (1911a). Causas de producción y de propagación de las enfermedades en los soldados. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 17.
- Melot, A. (1911b). Necesidad y papel del médico militar. *Necesidad y papel del médico militar*, 16.
- Melot, A. (1912a). El servicio de sanidad después del combate. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 20.
- Melot, A. (1912b). El servicio de sanidad en campaña – Su funcionamiento. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 20.
- Melot, A. (1912c). El Servicio de Sanidad en Campaña, su objeto, su composición. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 10.
- Méndez, C. (2011). De indio a serrano: Nociones de raza y geografía en el Perú (siglos XVIII-XXI). *Histórica*, 26.
- Méndez, C. (2012). Las guerras olvidadas del Perú: Formación del Estado e imaginario social. *Revista de Sociología Política*, 20(42), 58.
- Méndez, C. (2013). Las paradojas del autoritarismo: Ejército, campesinado y etnicidad en el Perú, siglos XIX al XX. *Íconos - Revista de Ciencias Sociales*, 0(26), 17. <https://doi.org/10.17141/iconos.26.2006.185>
- Meza, M. & Valladares, O. (2012) *Catálogo de Tesis de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos 1857-1899*.

- Miseres, V. (2014). Las últimas de la fila: Representación de las rabonas en la literatura y cultura visual decimonónica. *Revista de Crítica Literaria Latinoamericana*, 40(80), 187-206.
- Moore, S. (2014). Indigenismo peruano, la raza, y los peruanos asiáticos, 1900-1930. A *Contracorriente: una revista de estudios latinoamericanos*, 11(3), 195-217.
- Morales Cama, J. (2014). El Oriente del Perú, la investigación geográfica en el siglo XIX y el ingeniero Arturo Wertheman. *Revista del Archivo General de la Nación*, 29(1), 15-72.
- Morante, M. (1897). Reflexiones sobre algunos casos de tifus exantemático. *Anales Universitarios*, 208.
- Morón Ponce, H. E. (2021). *Criminalidad y modernización punitiva en Lima. 1862-1892* [Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/17557>
- Muñiz, M. (1885). Natalidad y mortalidad de Lima. Año 1884. *La Crónica Médica*, 14.
- Muñiz, M. (1905). Reglamento de Sanidad Militar. *La Crónica Médica*, 391.
- Muñiz, M. (1908). Enfermeros militares. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 3.
- Murillo, J. P., & Franco, G. (2013). San Fernando: ¿utopía o proyecto inconcluso? *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(2), 130. <https://doi.org/10.15381/anales.v69i2.1157>
- Naranjo, J. (2006). *Fotografía, antropología y colonialismo:(1845-2006)*. Editorial Gustavo Gili.
- Núñez, J. (2009). Un episodio en la historia de la tuberculosis en el Perú (Tamboraque, 1895). *Histórica*, 33(1).
- Oficina de Redacción (2020, 02 de noviembre) Mindef: unos 100 militares han muerto y más de 3 mil contagiados de COVID-19. *El Comercio*.

<https://elcomercio.pe/lima/sucesos/ministro-de-defensa-informo-unos-100-militares-han-muertos-y-mas-de-3-mil-fueron-contagiados-con-covid-19-nndc-noticia/>

- Olano, G. (1910). El piojo blanco y el tifus exantemático. *Anales Universitarios*.
- Olano, G. (1911). El piojo blanco y el tifus exantemático. *La Crónica Médica*, 525.
- Olivencia, J. (1913). Contribución al estudio de las enfermedades venéreas en el ejército del Perú. *Revista Universitaria*, II.
- Orrego, J. L. (2021). Una historia de la epidemia de fiebre amarilla en Lima, 1868. *Pie de Página*, 005, 5-7.
- Pamo Reyna, O. (2016). *La medicina francesa en el Perú del siglo XIX*. Lima: Offset Editores.
- Pamo Reyna, O. & Rabí, M. (2013) Centenario de la Sede Central de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 65(3)
- Parker, D. (1995). Los pobres de la clase media: Estilo de vida, consumo e identidad en una ciudad tradicional. En *Mundos Interiores: Lima 1850-1950*. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- Pasco Álvarez, C., & Espinoza, J. N. (2009). Medicina, prostitución y sífilis en Lima y Callao: 1910-1930. En *El rastro de la salud en el Perú*. IEP y Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-534815>
- Pasquel, C. (1912). *Frecuencia de la Sífilis en Lima*. XXIX (557).
- Paz Soldán, C. E. (1912b). La tuberculosis en el ejército peruano: Conferencia del curso anexo de sanidad leída en la Escuela Superior de Guerra. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 12.
- Paz Soldán, C. E. (1912c). La medicina militar. Su importancia nacional. *Revista Universitaria*, I.

- Peña, R. (1911). Primera conferencia de Topografía. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 13, 775.
- Pisani Ceretti, A., Viridis, M., Maroni, N., Arena, M., Masci, E., Magenta, A., & Opocher, E. (2015). The Great Pretender: Rectal Syphilis Mimic a Cancer. *Case Reports in Surgery*, 2015, 1-4. <https://doi.org/10.1155/2015/434198>
- Poole, D. (2000). *Visión, raza y modernidad, Una economía visual del mundo andino en imágenes*. SUR.
- Portocarrero, F. (1995). El fundamento invisible: Función y lugar de las ideas racistas en la República Aristocrática. En *Mundos Interiores: Lima 1850-1950*. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- Pranghofer, S. (2016). The Early Modern Medical-Military Complex: The Wider Context of the Relationship Between Military, Medicine, and the State. *Canadian Journal of History*, 51(3). <https://muse.jhu.edu/pub/50/article/640946>
- Pratt, M. L. (2011). *Ojos imperiales: Literatura de viajes y transculturación*. Fondo de Cultura Económica.
- Quiroz, A. (2013). *Historia de la Corrupción en el Perú*. IEP-IDL.
- Rabí, M. (2001). *El Hospital de San Bartolomé de Lima: La protección y asistencia de la gente de color, de 1646 a 1821 y evolución posterior: examen de un proceso histórico, social y sanitario*. INDECOPI.
- Ragas, J. (2008). Ideólogos del Leviatán: Estadística y sociedad en Perú (1790-1876). En *Intelectuales y Poder en la Historia del Perú (siglos XVII-XX)*. IFEA.
- Ragas, J. (2015). Rostros, Nombres y Huellas. Una historia de la identificación en Perú. En *Identidad Digital: La identificación desde los registros parroquiales al DNI electrónico*. RENIEC.

- Ramos, F. S. (1866a). Crónica de Hospitales—Hospital de San Bartolomé. *La Gaceta Médica de Lima*.
- Ramos, F. S. (1866b). Cuadros estadísticos de las enfermedades que se han medicado en el Hospital de S. Bartolomé. *La Gaceta Médica de Lima*.
- Rattansi, A. (2007). *Racism: A Very Short Introduction*. Oxford University Press.
- Real Academia de la Lengua Española. (1884). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española* (XII). Real Academia de la Lengua Española.
- Reggiani, A. (2019). *Historia mínima de la eugenesia en América Latina*. El Colegio de México.
- Rénique, J. L. (2015). *Imaginar la nación. Viajes en busca del «verdadero Perú»*. IEP.
- Revoredo, F. (1901). Higiene Militar. *Anales de la Universidad Mayor de San Marcos de Lima, XXVIII*.
- Reuters Staff (2020, 01 de abril) Perú llama a los reservistas del Ejército para luchar contra el virus. *Reuters*. <https://www.reuters.com/article/salud-coronavirus-peru-militares-idLTAKBN21J63L>
- Reyes, A. (2006). Finanzas en el Perú: 1895-1914. *Investigaciones Sociales*, 6(10), 71-87.
- Rivasplata Varillas, P. E. (2014). Los médicos y los cirujanos mulatos y de otras castas en la Lima colonial. *Fronteras de la historia*, 19(1), 42-70. <https://doi.org/10.22380/2027468831>
- Rivasplata Varillas, P. E. (2015). El clima 'miasmático' limeño según algunas percepciones de autoridades, médicos y viajeros durante los siglos XVI al XIX. *Temas Americanistas*, 34, 76-98.

- Román, C. (1997). 150 años de la anestesia en el Perú 1847-1997. Julián Sandoval y Bravo. Pionero de la anestesiología en el Perú. *Acta Peruana de Anestesiología*, 10(2), 60-64.
- Rosas, F. (1858). Crónica Médica de la Capital. *La Gaceta Médica de Lima*.
- Rosas, F. (1862). Cólico de plomo de los militares. *La Gaceta Médica de Lima*, 140, 2-4.
- Rosen, G. (2005). *De la policía médica a la medicina social*. Siglo XXI Editores.
- Ruiz, F. (1860). Dos palabras sobre la fiebre amarilla y las intermitentes por el médico de sanidad militar D. Florentino Díaz Ruiz. *La Crónica Médica*.
- Rutkow, I. M. (2015). *Bleeding Blue and Gray*. Stackpole Books.
- Said, E. (2002). *Orientalismo*. Debolsillo.
- Sala i Vila, N. (2006). Ingenieros y colonización amazónica en el Perú, 1821-1930. *Anuario IEHS: Instituto de Estudios Histórico Sociales*, 21, 441-466.
- Salaverry, O. (2006). El inicio de la educación médica moderna en el Perú. La creación de la Facultad de Medicina de San Fernando. *Acta Médica Peruana*, 23(2), 126.
- Salaverry, O. (2010). José Casimiro Ulloa Bucelo (1829-1891), el paladín del gremio médico. *Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública*, 27(4), 642-644.
- Samanez, E. (1909). La profilaxis de la tuberculosis y el servicio militar. *La Crónica Médica*, 502.
- Sandoval, J. (1865). Proyecto presentado al gobierno para la reglamentación de un cuerpo de sanidad militar. *La Gaceta Médica de Lima*, X(X).
- Schroeder-Lein, G. (2008). *The Encyclopaedia of Civil War Medicine*. M. E. Sharpe, Inc.
- Seminario, B. (2016). El desarrollo de la economía peruana en la era moderna: Precios, población, demanda y producción desde 1700. En *Repositorio de la Universidad del Pacífico—UP*. Universidad del Pacífico.
<http://repositorio.up.edu.pe/handle/11354/1160>

- Snowden, F. (2019). *Epidemics and society: From the Black Death to the present*. Yale University Press.
- Sobrevilla, N. (2007). Ciudadanos armados: Las Guardias Nacionales en la construcción de la nación en el Perú de mediados del siglo XIX. En M. Chust & J. Marchena (Eds.), *Las armas de la nación. Independencia y ciudadanía en Hispanoamérica (1750-1850)*. Iberoamericana.
- Sobrevilla Perea, N. (2016). «Hallándome viuda sin recursos, sin apoyo y en la más deplorable situación»: El montepío militar y la creación del Estado en el Perú (1800-1880). *Caravelle. Cahiers du monde hispanique et luso-brésilien*, 106, Art. 106. <https://doi.org/10.4000/caravelle.1897>
- Stepan, N. (1991). « *The hour of eugenics*»: *Race, gender, and nation in Latin America*. Cornell University Press.
- Tardieu, J.-P. (2002). San Bartolomé y Santa Ana: La salud de los afroperuanos en Lima a fines de la Colonia. *Boletín del Instituto Riva Agüero*, 29, 159-208.
- Toche, E. (2008). *Guerra y democracia: Los militares peruanos y la construcción nacional*. Desco.
- Torres del Pino, G. (2016). *Los Barrios Altos. Un recorrido histórico*. Municipalidad de Lima.
- Trazegnies Granda, F. de. (1992). *La idea del Derecho en el Perú republicano del siglo XIX*. PUCP.
- Ugarte Taboada, C. (2000). Historia de los Servicios de Emergencia de Lima y Callao. *Revista Médica Herediana*, 11(3), 97-106.
- Ulloa, C. (1856). De la organización de la medicina militar. *La Gaceta Médica de Lima*, I (8), 2-5.
- Ulloa, C. (1890). Los mártires de la guerra. *Monitor Médico*, 125, 65-66.

- Urdanivia, J. (1911) Primera conferencia de Artillería. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 13.
- Urdanivia, J. (1920). El Sorteado. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 11.
- Valdizán, H. (1923). *Diccionario de Medicina Peruana: Vol. I y III*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Vallés, F. (1906). El paludismo en el ejército (higiene y profilaxis). *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 10.
- Velarde Álvarez, G. (1891). El Ejército considerado como escuela de civilización para nuestros indígenas. *Revista Militar y Naval*, 89.
- Velásquez, D. (2013). *La reforma militar y el gobierno de Nicolás de Piérola. El Ejército moderno y la construcción del Estado peruano*. UNMSM.
- Velásquez, D. (2018a). Ejército, política y sociedad en el Perú, 1821-1879. *Trashumante. Revista Americana de Historia Social*, 12, 142-165.
<https://doi.org/10.17533/udea.trahs.n12a08>
- Velásquez, D. (2018b). Indios, soldados sin patria: La conscripción militar en el Perú durante el siglo XIX. *En Líneas Generales*, 2, 60-64.
- Velásquez, D. (2018c). Una mirada de largo plazo: Armas, política y guerra en el siglo XIX. En C. McEvoy & A. Rabinovich (Eds.), *Tiempo de Guerra. Estado, nación y conflicto armado en el Perú, siglos XVII-XIX* (pp. 495-537). IEP.
- Velásquez, D. (2019). La reforma de la conscripción en el Perú en el tránsito del siglo XIX al XX. La aplicación de la Ley del Servicio Militar Obligatorio de 1898. *Historia Caribe*, XIV (35).
- Vergne, E. (1914). Higiene militar. *Boletín del Ministerio de Guerra y Marina*, 5.
- Villar, L. (1860). Higiene Militar. *La Gaceta Médica de Lima*, V (99).
- Villar, L. (1866). Combate del 2 de mayo. *La Gaceta Médica de Lima*, X.

- Villarán, C. (1911). La militarización y la sanidad militar. *Revista Universitaria*, 1.
- Wald, E. (2014). *Vice in the barracks: Medicine, the Military and the Making of Colonial India, 1780-1868*. Palgrave.
- Warren, A. (2010). *Medicine and Politics in Colonial Peru: Population Growth and the Bourbon Reforms*. University of Pittsburgh Press.
- Weber, E. (1976). *Peasants into Frenchmen: The Modernization of Rural France, 1870-1914*. Stanford University Press.
- Worboys, M. (2001). Tuberculosis and race in Britain and its empire, 1900-50. En *Race, Science and Medicine, 1700-1960*. Routledge.
- Yzú Rossini, B. (2016). *La eugenesia peruana a partir de la vida y obra de Carlos Enrique Paz Soldán (1900-1965)*. PUCP.
- Zárate Cárdenas, E. (2013). Cayetano Heredia: El punto de partida y una dilatada enfermedad. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(3), 249-253.
- Zevallos, C. (1919). Un nuevo caso de tifus observado en Lima. *La Crónica Médica*, 667.

A Max.