

# El coste humano de la guerra: mortandad, enfermedad y desertión en los ejércitos de la Época Moderna

CRISTINA BORREGUERO BELTRÁN  
*Universidad de Burgos*

## 1. EL DESGASTE HUMANO DE LA GUERRA

A mediados del siglo XVI, Diego Hurtado de Mendoza resumía el escenario de la guerra y las condiciones bajo las cuales vivían los soldados en aquella centuria: “En fin, pelearse cada día, con enemigos, frío, calor, hambre, falta de munición y aparejos; en todas partes daños nuevos, muertes *a la contina*, hasta que vimos a los enemigos, nación belicosa, entera, armada y confiada en el sitio...”<sup>1</sup>.

Teniendo en cuenta estas duras circunstancias, era habitual que una fuerza militar sufriera pérdidas cuando entraba en lucha. Sin embargo, la tasa de desgaste más alta de un cuerpo militar en la época moderna no fue debida al número de muertos en el campo de batalla, sino a los estragos de las enfermedades epidémicas y, por supuesto, a la úlcera de todos los ejércitos: la desertión<sup>2</sup>.

Junto al desgaste numérico de los ejércitos, la guerra también diezmaba la población de las comarcas y regiones donde se aposentaban las fuerzas en combate. Cuando en 1640, el enfrentamiento con Portugal obligó a la Monarquía española a enviar sus ejércitos a la frontera hispano-lusa, aquel conflicto que se mantuvo a lo largo de 28 años, trajo graves consecuencias tanto para las tropas como para la población civil de las comarcas fronterizas, muy especialmente en Extremadura<sup>3</sup>. En aquellos contornos se asentó, además, una de las fuerzas menos elogiadas por su disciplina: “*la escoria de los ejércitos, y sin duda mucho peor, unos jefes inoperantes, probablemente productores de fracasos, a quienes les importaba*

<sup>1</sup> Diego HURTADO DE MENDOZA, *Comentarios de la Guerra de Granada*, edición de M. GÓMEZ MORENO, (M)emorial (H)istórico (E)spañol, t. XLIX. Madrid, 1948, p. 2.

<sup>2</sup> Lorraine WHITE, “Los Tercios en España. El Combate”, en *Studia Historica, Historia Moderna*, 19, pp. 141-167.

<sup>3</sup> Véase Juan Fernando GÓMEZ IZQUIERDO, “Conflicto, mortandad y calamidades: Las repercusiones de la guerra con Portugal en la provincia de Extremadura y en un pequeño núcleo en concreto: Alcollarín”, en *Coloquios Históricos de Extremadura*, 2007.

*mantener la situación de guerra porque ello les enriquecía*<sup>4</sup>. Por ello, la situación fue aún más severa. Las numerosas críticas al ejército han dejado constancia de la presencia de algunos altos mandos militares ineptos y corruptos, y de soldados indisciplinados, desobedientes a las órdenes recibidas, cobardes, desertores y dedicados al robo. Aquellos calificativos utilizados por los testigos de la época, no debieron ser gratuitos, pues en 1645, por ejemplo, el Maestre de campo, Don Luis de Zúñiga y Sotomayor, fue asesinado por sus propios hombres. Como consecuencia del estado de guerra y corrupción, las villas fronterizas sufrieron grandes pérdidas, entre ellas la de Alcollarín, donde perecieron decenas de hombres, un grave desgaste del elemento humano no militar<sup>5</sup>.

## 2. LA MORTALIDAD EN LOS EJÉRCITOS DE EUROPA

### 2.1. Las batallas y asedios

Si algo caracterizó a las guerras de la Edad Media, contrariamente a lo que ocurriría más tarde, fue el caballeroso respeto que muchos soldados europeos mostraban hacia sus enemigos; siempre que fuera posible trataban de no matar a sus oponentes (ni a sus caballos), sino hacerlos prisioneros para pedir después rescate por ellos. Por el contrario, en los siglos XVI y XVII fue frecuente que tanto los soldados como los civiles muriesen indiscriminadamente cuando caían en manos de sus enemigos. En el siglo XVII, la guerra de los Treinta Años que asoló el centro de Europa fue una de las peores contiendas por su violencia, derramamiento de sangre y muerte en masa.

En esas dos centurias, los soldados llevaron una vida azarosa y difícil, pero, sobre todo, llena de peligros tanto en la batalla como fuera de ella. Es difícil analizar el grado de riesgo que tenía el combatiente en la época moderna porque el número de muertos y heridos o no ha sido recogido o ha sido objeto de informes poco fiables<sup>6</sup>. Por lo general, los vencedores inflaban las cifras para incrementar el alcance de la victoria y los vencidos trataban de minimizar los resultados disminu-

<sup>4</sup> Ángel RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, "Guerra, miseria y corrupción en Extremadura, 1640- 1668", en *Estudios dedicados a Carlos Callejo Serrano*, Cáceres, 1979, pp. 625- 645.

<sup>5</sup> Murieron más de 42 hombres, cuyos nombres han quedado reflejados en los registros de los Libros de Colecturía. "En treynta y uno de mayo de mill y seiscientos y cinquenta falleció en la guerra Alonso Texada, vezino de este lugar, no pudo recibir mas de el santo sacramento de la extremaunción y auxente y pribado de habla y conocimiento tras un accidente repentino, ni testó y dexo dos hijos, sus herederos y con su mujer Catalina Martín compuse que se enterrase con oficio común de tres lecciones y misa cantada ( ) El párroco Bartolomé Garzón. Libro de Colecturía 1600- 1680". Se contienen en el archivo parroquial de Santa Catalina de Alejandría. Alcollarín. Folio 59. El tema de la mortalidad y desgase de pueblos y comarcas como consecuencia de la guerra se ha dejado para un estudio posterior.

<sup>6</sup> Véase para este capítulo Frank TALLETT, *War and Society in Early-Modern Europe, 1495-1715*. Nueva York: Ponting-Green, 1992, p. 105.

yendo su repercusión. Incluso dejando un generoso margen para el error estadístico es claro que los riesgos de la vida militar fueron terriblemente altos. Algunos ejemplos lo demuestran con claridad: entre mayo de 1572 y abril de 1574, de los 2.415 hombres del Tercio de Nápoles estacionados en los Países Bajos murieron 396 por una u otra causa, lo cual equivalía a un 8,2 % anual.

Las pérdidas del Regimiento del Conde de Sulz fueron incluso más altas: 731 hombres murieron en 21 meses, entre agosto de 1593 y mayo de 1595. Esto representaba un 32 % de la fuerza original de la unidad y era equivalente a una ratio anual del 18,4 %. El historiador francés Landier ha calculado que aproximadamente una cuarta parte de los soldados franceses moría cada año, lo que equivalía a un total de 600.000 hombres en el periodo de 1635 a 1659.

Otras estimaciones, aunque poco precisas, sugieren que durante el siglo XVII un total de 2.300.000 soldados murieron mientras servían en los ejércitos europeos, lo que supone un 20 ó 25 % de todos los que llevaban armas. En general, eran hombres jóvenes, entre los dieciocho y veintiocho años, que formaban el núcleo de bisoños o nuevos reclutas de los ejércitos.

Al analizar las causas más frecuentes de las defunciones de los militares, los resultados señalan que las enfermedades contagiosas consumían más hombres que las armas y que, por tanto, el número de muertos en batalla constituía una pequeña proporción del total de muertos. El historiador francés Jacques Dupâquier, gran especialista en demografía histórica, sugiere que uno de cada diez soldados moría en la batalla, y que por cada uno que moría en acción, tres sucumbían de heridas o accidentes y seis de enfermedades.

Sin embargo, las valoraciones a este nivel pueden subestimar los números de los que morían en conflicto. Algunos testimonios obligan a pensar que la proporción de muertos fue mayor. Después de la batalla de Marignano, (14 de septiembre de 1515) los sepultureros señalaron haber enterrado 16.500 cuerpos, una cifra enorme. De hecho, según algunas estimaciones, de los 45.000 soldados franceses en combate murieron 10.000, y de los 30.000 milaneses y suizos, 14.000: cifras cuantiosas. También James Turner se horrorizó de la carnicería que resultó de la batalla cerca de Hammelln en junio de 1633, donde se derramó mucha sangre. Algunas estimaciones consideran que generalmente en el siglo XVII, la parte vencedora podía perder el 15 % de sus hombres y la parte de los vencidos el 30 % en muertos y el 20 % en prisioneros.

Al final de la guerra de los Treinta Años (1618-1648), se ha calculado que el verdadero perdedor fue el pueblo alemán. Alrededor de 300.000 hombres murieron en la batalla, millones de civiles fallecieron de malnutrición y enfermedad, y numerosas tropas indisciplinadas y desertoras robaron, quemaron y saquearon todo lo que quisieron. Según muchos historiadores, la población del Sacro Imperio Romano Germánico descendió de 21 a 13 millones y medio entre 1618 y 1648. Incluso si esta cifra pudiera ser exagerada, la guerra de los Treinta Años ha permanecido en la memoria colectiva como una de las más terribles en la historia.

Si las pérdidas en las batallas fueron altas, en los asedios podían llegar a alcanzar cifras aún más elevadas, especialmente si la fortaleza terminaba por ser

asaltada. En este caso los vencedores podían esperar perder el 20 % de su fuerza y los vencidos el 50 %. En 1631, después del asalto a la ciudad de Frankfurt hubo tantos muertos que los paisanos que llevaban a enterrarlos no pudieron hacerlo por el excesivo número de ellos.

Finalmente, aunque se considera que el siglo XVIII trajo también más racionalidad a las contiendas y las cifras de los muertos descendieron, en la batalla de Malplaquet, por ejemplo, (11 de septiembre de 1709), el capitán Des Bournays, que dirigía una compañía escribió “Nunca he visto tantos muertos en tan poco espacio... apilados en dos y tres pisos.” Las Guardias de Corps perdieron una tercera parte de su fuerza, y los dos batallones de Provenza se vieron reducidos de mil a menos de 500 hombres. Malplaquet fue una batalla singular porque los vencedores perdieron más hombres que los vencidos.

## 2.2. Las enfermedades

Ciertamente, las batallas y los asedios se cobraban muchas víctimas, pero las enfermedades se cobraban aún más porque lo hacían sin cesar. Los ejércitos, con su densa concentración de personal y sus campamentos, acuartelamientos y hospitales insanos, ofrecían las condiciones idóneas para la transmisión de enfermedades como el tifus y la plaga bubónica, y aquellas asociadas a la falta de higiene, como la tifoidea y la disentería.

Durante el siglo XVII, hubo algunos avances en relación a la necesidad de tomar medidas preventivas contra el contagio de la enfermedad<sup>7</sup>. En 1651, Hans Conrad von Lavater (miembro de la importante familia de físicos y farmacéuticos Lavater instalada en Zurich) aconsejó vestir ropa sin pieles o sin costuras para impedir el alojamiento de los microbios que propalaban las epidemias. Los reglamentos militares comenzaron a redactar cláusulas relativas a la higiene, exigiendo que la basura y los animales muertos fueran enterrados lejos del campamento y castigando con la prisión a aquellos que contaminasen las aguas. Pero tales medidas fueron, con frecuencia, ignoradas y, por ello, poco efectivas a la hora de prevenir la extensión de la enfermedad.

En 1631, por ejemplo, durante la guerra de los Treinta Años, una tercera parte de la fuerza del marqués de Hamilton murió al mes de llegar a Pomerania por contagio de la *disentería*. Entre 1620 y 1640, de los hombres reclutados en Suecia, sólo 215 murieron en operaciones militares en Alemania, y 196, un número casi igual, fallecieron por enfermedad en las guarniciones del Báltico.

<sup>7</sup> Sobre las enfermedades en campaña a finales del siglo XVII, Véase Antonio ESPINO LÓPEZ, “Enfermedad y muerte en el ejército de Cataluña durante la Guerra de los Nueve Años, 1689–1697”, en *Dynamis*, 16 (1996), pp. 427–44. El artículo ofrece interesantes datos sobre las enfermedades padecidas por las tropas en campaña, así como las principales características hospitalarias en el frente catalán durante la Guerra de los Nueve Años (1689–1697).

La muerte por enfermedad fue sin duda más alta por la malnutrición y privación, características de la vida militar. Sin embargo, muchos reclutas recién llegados al ejército estaban en peores condiciones físicas cuando se alistaban y poco preparados para hacer frente a las exigencias de la vida del ejército. De ahí que algunos estados trataran de evitar la llegada al ejército de hombres sin las condiciones necesarias preocupados por el número de hombres “abyectos y poco útiles” que se alistaban. Los gobernantes intentaron excluir a tales hombres de la red de los reclutadores haciendo hincapié en la necesidad de reclutar sólo jóvenes sanos, altos y con la edad adecuada para el empleo de soldado, tratando de evitar así que los bisoños desaparecieran al poco tiempo de empuñar las armas.

Con esta finalidad se determinó un mínimo de altura como requisito indispensable. En el ejército de Carlos XII de Suecia (1697-1716) la talla mínima se estableció en 5 pies y una pulgada, con las siguientes variaciones: 5 pies y 2 pulgadas para la infantería, 5 pies y 4 pulgadas para la caballería, y sólo 5 pies para los hombres de la milicia.

A pesar de estos requisitos de altura y buena salud impuestos a los nuevos soldados, las enfermedades hacían grandes estragos, si bien es cierto, que la mayor parte de las dolencias que afectaban a los soldados afligían también a la población civil. Los soldados tenían las mismas posibilidades que los civiles de caer víctimas de la multitud de gérmenes mortales para los que no existía cura, como la peste, la viruela, la disentería, la malaria, la tuberculosis y un largo etc. En cierto modo, se puede decir que los soldados tenían más probabilidades porque las infecciones se propagaban más fácilmente entre las masas de hombres, a veces en condiciones de hacinamiento, sobre todo si además estaban mal alimentados.

Una enfermedad infecciosa propia de todos los ejércitos, que se transmitía generalmente por el agua, era la disentería a la que se le llamaba también *fiebre del campamento*, porque muchos de los acuartelamientos militares se veían azotados por ella. Había una enfermedad que era especialmente frecuente entre los soldados: *la sífilis* o *el morbo gálico* o *mal gálico*. Importado probablemente de América en 1493, experimentó una gran difusión a partir del sitio de Nápoles por las tropas de Carlos VIII de Francia en 1495 donde batallaron españoles, franceses e italianos, lo que originó una gran propagación de la enfermedad por toda Europa. De ahí su variada nomenclatura en consonancia con la imputable y presunta fuente de infección: mal napolitano, mal gálico, (o *grosse verole*), mal español o sarna española, sarampión de las Indias o morbo Índico o bubas.

Aunque se propagaba por todos los ejércitos, en los Tercios españoles destacados en los Países Bajos hubo un momento en que quizá una cuarta parte de los soldados la padecían. Al final llegó a ser tan común que el gobierno decidió otorgar a los hospitales militares cada año una ayuda especial a cargo del tesoro militar para que se tratara a los pacientes del mal gálico, a los cuales se les conocía con el nombre de *bubosos*.

En los siglos XVI y XVII la sífilis era mucho más peligrosa de lo que es hoy día, y no existía cura para ella: los soldados que la padecían se llenaban de llagas y después de varios años de dolor y tras quedar desfigurados se volvían locos y

morían. Hasta que eso sucedía, los médicos no podían hacer nada más que dar a las víctimas baños de vapor, sudores y unguentos de mercurio, cauterizarles las llagas y mandarlos de vuelta al servicio activo.

Como el único remedio conocido consistía en los baños de vapor, las órdenes que llegaban de España buscando la mejoría de los enfermos en los hospitales militares de Flandes, señalaban: “Que en vez de tomar los sudores en las estufas, se les darán en las cajas que para este efecto he mandado prevenir en que además del beneficio de la Real Hacienda en el ahorro del carbón, se consigue la conveniencia del soldado que debe ser en este particular lo más atendido”<sup>8</sup>. (Figura 1)



FIGURA 1. La sífilis, el mal gálico, el mal napolitano o el mal español.

Además del ahorro y de los avances en la atención particular, se hacía extremo hincapié en el mejor modo de evitar el contagio, es decir, en los medios de aislamiento del enfermo infeccioso<sup>9</sup>. Esta reglamentación mostraba también importantes avances en los medios inmunológicos.

<sup>8</sup> Excmo. Sr. Don Francisco Antonio de AGURTO, Caballero del Orden de Alcántara, gobernador y Capitán General de los mismos Países, etc., *Constituciones del Hospital Real del Ejército de los Países Bajos renovadas, ajustadas y ampliadas para su mejor gobierno, conforme las ocurrencias del tiempo presente*, Bruselas: Imprenta de los Herederos de Francisco Foppens, 1685.

<sup>9</sup> Para el estudio de los servicios médicos en el ejército de los Austrias véase A. ESPINO LÓPEZ, “Enfermedad y muerte...”, pp. 427-444; Lorraine WHITE, “The experience of Spain’s early modern soldiers:



*Porque sudando juntos en la estufa, se infecta y corrompe el aire y suelen salir muchos de los enfermos más dañados que cuando entraron contrayendo además de la primera enfermedad, principios de Thisia y Ethisia, principalmente si hay algunos dañados de estos males. Y como es tan pegajoso y contagioso el Morbo Galico que el paciente después de curado vistiendo su mismo vestido se le vuelve fácilmente a pegar el mal, tendréis cuidado de que en lugar de los vestidos que trajeren se les den otros de los que hubiere en el Hospital, y no habiéndolos, haréis quitar los aforros de sus vestidos y lavar muy bien el paño renovando el aforro<sup>10</sup>.*

En el siglo XVII comenzó a diagnosticarse entre los soldados otras dolencias más enigmáticas. Se trataba de enfermedades psiquiátricas, la más conocida era el *shock del infierno*, que venía como consecuencia de una exposición prolongada al stress y al servicio activo. Tales soldados fueron conocidos en el ejército de Flandes como aquellos que tenían *mal de corazón* y en el ejército de Francia como *nostálgicos (nostalgiques)*<sup>11</sup>, muy probablemente se trataba de una neurosis de guerra o depresión profunda que los inhabilitaba para el servicio.

En el ejército de Flandes, un número considerable de hombres fueron licenciados porque padecían *el mal de corazón*. En el registro de órdenes de 1643-44 se inscribieron, por los menos, seis casos de soldados licenciados del ejército a causa de esta dolencia. También se registraron licencias del ejército a hombres por “hallarse rotos y con otros achaques”, expresión utilizada en el ejército que probablemente se refería a la misma situación, y que por tanto significaba, inútil y apto sólo para ser enviado a casa.

Con el tiempo, las enfermedades psicológicas comenzaron a ser sin duda más comunes entre los soldados reclutados contra su voluntad, debido a la implantación paulatina de un reclutamiento más impositivo. Si durante el reinado de los Austrias, todavía la mayoría eran reclutas voluntarios que hacían de la guerra su profesión, poco a poco se fue estableciendo un sistema más coercitivo de reclutamiento que, indudablemente, pudo repercutir en el incremento de este tipo de enfermedad.

### 2.3. Los ejércitos portadores de enfermedades infecciosas

Como consecuencia de las enfermedades infecciosas que fácilmente se incubaban en los ejércitos, las tropas, al constituir una masa humana en estrecho

combat, welfare and violence”, en *War in History*, 9 (2001), pp. 1-20; Luis Antonio RIBOT GARCÍA, *La monarquía de España y la guerra de Mesina (1674-1678)*, Madrid: Actas, 2002, pp. 457-460, páginas en las que se analiza la provisión médica a las tropas durante la rebelión de Mesina.

<sup>10</sup> *Constituciones del Hospital Real del Ejército de los Países Bajos...*

<sup>11</sup> Marcel REINHARD, “Nostalgie et service militaire pendant la révolution”, en *Annales Historiques de la Revolution française*, (AHRF) 150 (1958). Véase también John KEEGAN, *El rostro de la batalla*, Madrid: Ejército, 1990, pp. 334-336.

contacto, se convertían en un magnífico instrumento para la extensión de las epidemias. Por ello, en el denominado *Camino Español* –la ruta que desde Milán, en el norte de Italia, llevaba hasta los Países Bajos españoles y viceversa– las regiones y también las ciudades temían el paso de las tropas españolas y se alarmaban ante la noticia de su llegada<sup>12</sup>.

Cuando en abril de 1580 se acercaban a la ciudad de Besançon unos 6.000 veteranos, que retornaban de los Países Bajos y se dirigían a Italia, los magistrados de la ciudad alertados de la llegada determinaron “Que no fuese admitido en la ciudad nadie procedente de los Países Bajos, tanto para evitar enfermedades contagiosas como por otras importantes razones.” No era infrecuente que al paso de estas tropas se desencadenase la peste, como había ocurrido en 1566-67, en Salins-le Bains, que nada más partir los españoles, se desató la peste. También, en ocasiones, las tropas tenían que alejarse de las ciudades, precisamente por reinar allí la peste o, incluso, debían desviarse para evitar introducir una segunda peste en aquellos centros urbanos del Camino español. Así, en 1577, al acercarse los veteranos a Italia, que acababa de salir de una terrible epidemia, uno de los oficiales de la expedición aconsejó al gobernador de Lombardía que enviase las tropas al mar lo más rápidamente posible, para “descargar ese estado de segunda peste que les llegara, que aseguro a Vuestra Excelencia que no sea menos”<sup>13</sup>.

En 1586, el gobernador de los Países Bajos españoles informó de la alarmante propagación de una epidemia en el Franco-Condado. La enfermedad alcanzó tal gravedad que se permitió solicitar al rey de España no le enviase refuerzos de Italia, a pesar de la necesidad que de ellos tenía para preparar la Armada, hasta el año siguiente o por lo menos “hasta la llegada de los Hielos, en que podía que remitiese la peste”<sup>14</sup>.

Las pestes en los siglos XVI y XVII parecen haber sido endémicas en varias partes de Europa, incluidas las regiones fronterizas entre Francia y el Imperio Germánico. Estaban densamente pobladas y eran grandes centros comerciales y militares. El paso de tropas entre los Países Bajos se entrecruzaba con el tráfico comercial que se realizaba entre Alemania o Suiza y Francia. Además, en estos siglos las pestes se repetían cíclicamente en ciertos períodos que duraban dos o tres años, y por lo general se extendían rápidamente.

Los años 1563-67 y 1576-77 fueron periodos de contagio agudo, según los estudios de Parker, y por tanto, era natural la preocupación ante la proximidad de las tropas españolas: el paso de las tropas de una región a otra en tales circunstancias era un riesgo que debía ser evitado. En momentos de crisis, los comerciantes que traficaban por las regiones azotadas tenían la obligación de detenerse y per-

<sup>12</sup> Geoffrey PARKER, *El Ejército de Flandes y el camino español, 1567-1659: la logística de la victoria y derrota de España en las guerras de los Países Bajos*, Barcelona: RBA, 2006.

<sup>13</sup> G. PARKER, *El Ejército...*, véase también del mismo autor, *La Guerra de los Treinta Años*, Madrid: A. Machado Libros, 2003.

<sup>14</sup> G. PARKER, *El Ejército...*, p. 110.



mitir que sus mercancías fueran incautadas y sometidas a inspección y cuarentena. Sin embargo, para los ejércitos no había nada legislado; ninguna autoridad civil tenía potestad para detenerlos. En las marchas, la población civil tenía la obligación de proporcionar los alimentos básicos a los soldados, el alojamiento en sus casas y las carretas o transportes necesarios para los bagajes o equipajes militares. En caso de peste por las regiones transitadas, la estrecha convivencia hacía que los soldados pudieran contraer la terrible enfermedad y la transportaran a las siguientes poblaciones que se encontraban en su camino. Así, pues, el movimiento de los ejércitos podía convertirse en un gran incubador de la peste; es difícil imaginar un agente más eficaz de difusión<sup>15</sup>.

Como ha señalado Geoffrey Parker, existe constancia de tres ejemplos de contagio debidos a los movimientos militares: La Peste di Milano de 1630-31, que fue llevada a Italia por las tropas alemanas enviadas por el valle de la Valtelina para combatir en la guerra de Mantua. Un segundo caso, el de la peste que se extendió por el sur de Alemania en 1631-34 al paso del ejército sueco. Y otro tercer caso, el del ejército otomano de Hungría que sembró la peste a lo largo del recorrido que solían seguir sus refuerzos por el valle del Danubio<sup>16</sup>.

### 3. LA CIENCIA MÉDICA

La ciencia médica de la época no proporcionaba todavía respuestas efectivas a los problemas de enfermedad. En el siglo XVII la Facultad de Medicina de Wittenberg (Alemania) ofrecía como tratamiento oficial para *la plaga bubónica* la aplicación de rábano tostado a los pies; a los pacientes con recursos económicos se les animaba a tragar esmeraldas, zafiros y perlas preparadas con una sustancia, mientras que los pobres bebían una mezcla de vinagre con agua amarga.

Sin embargo, si la medicina podía hacer poco frente a los microbios, los progresos de la ciencia quirúrgica y del tratamiento de heridas fueron muy notables. El incremento del uso de las armas de munición dio como resultado heridas más terribles, tanto para el lesionado como para el cirujano, que las inferidas por las armas blancas. Un testigo del asedio de Maastricht de 1673 gravó la penosa vista presentada por aquellos hombres heridos por artillería y armas de mano: A algunos les faltaba una pierna, a otros un brazo. Aquí había un soldado con una parte de su cuerpo extraída, y allí yacía un hombre que tenía la mitad de su cara arrancada....

Ante las heridas de bala, la medicina aplicaba su tratamiento basado en la creencia de que los heridos eran quemados y envenenados por la munición que había entrado en sus cuerpos. Por ello, a principios del siglo XVI, se empleaba un hilo de seda que se conducía a través de la herida para sacar la pólvora y el veneno.

<sup>15</sup> G. PARKER, *El Ejército...*, p. 111.

<sup>16</sup> G. PARKER, *El Ejército...*

El italiano Juan de Vigo (1460-1517), médico del papa Julio II, ofreció en su obra *Práctica copiosa en el arte quirúrgico* (1514) – que llegó a ver 40 ediciones– (Figura 2) un tratamiento estándar que consistía en cauterizar la herida con aceite hirviendo cosiendo cualquiera de las arterias mediante la aplicación de una plancha al rojo vivo. Tales métodos frecuentemente hacían más daño que beneficio.



FIGURA 2: Grabado de la obra "Practica copiosa en el arte quirurgico" de Juan de Vigo (1460-1517)

Un mayor avance médico fue el proporcionado por el francés Ambroise Paré (1510-1590), un aprendiz de barbero rural, que sirvió en más de 40 campañas y llegó a ser después médico del rey Enrique IV. (Figura 3) En 1536, después de un asalto a la fortaleza de Villane, no tuvo suficiente aceite para tratar a los heridos. Al día siguiente observó que los pacientes que no habían recibido el tratamiento estándar estaban en mejores condiciones que los que lo habían recibido. A partir de entonces, aconsejó el uso de lino y vendajes en lugar del aceite hirviendo, y además advirtió la necesidad de remover



FIGURA 3: Retrato de Ambroise Paré (1510-1590): El padre de la cirugía moderna

el tejido muerto y los elementos extraños de la herida puesto que, según había observado, estos elementos aumentaban la infección.

Paré, que ha sido considerado como uno de los padres fundadores de la moderna medicina militar, no fue el único que estuvo trabajando para lograr un tratamiento más humano y efectivo de las heridas de bala en el siglo xvi. Otros como Batholomeo Maggi en Bolonia, Felix Wurtz en Zurich (1518-1574)<sup>17</sup>, Léonard Botal en París y el inglés Thomas Gale (1507-1586) – quien sirvió en el ejército de la Monarquía española en las décadas de 1540 y 1550 –<sup>18</sup> actuaron desde orígenes geográficos muy diversos, lo que indica el interés tan extendido de los médicos y cirujanos por el problema de las heridas infligidas por la pólvora.

Con todo ello, se puede concluir que hubo, indudablemente, un desarrollo muy prominente en los servicios médicos en el ejército, y también en la armada, pero todavía faltan datos certeros sobre los resultados y los niveles de curación<sup>19</sup>.

#### 4. LA CIENCIA QUIRÚRGICA

El oficio de los cirujanos del ejército consistía en componer cuerpos destrozados por las heridas. Su constante actividad, debido a las continuas y prolongadas guerras, les permitió llegar a poseer una gran experiencia. Muchos de ellos desarrollaron nuevas técnicas ante una lesión, una fractura complicada o un pie roto. En el siglo xvi la única solución a estos problemas consistía en cortar o amputar el miembro dañado, operación que podía llevarse a cabo con gran rapidez: bastaba un buen tajo y tres golpes de sierra con el instrumental que se utilizaba<sup>20</sup>. (Figuras 4 y 5)

El siglo xvi también fue testigo de la introducción de mejores técnicas de amputación. La pérdida de sangre se controló por el uso de ligaduras –una práctica utilizada y fuertemente reclamada por Paré– y también por el torniquete. William Clowes un cirujano militar inglés, experimentó la posibilidad de cortar una pierna con la pérdida de sólo 4 onzas de sangre.

El riesgo de gangrena fue menor amputando bien sobre la herida. En 1689, el clérigo George Story informó que en Irlanda “había algunos soldados que no tenían dedos en los pies y algunos tampoco pies, pues así se los habían dejado los cirujanos”. Era el resultado de la cirugía que trataba de evitar la gangrena.

<sup>17</sup> Dan SEROR, Amir SZOLD y Shemuel NISSAN, “Felix Wurtz: Surgeon and pediatrician”, en *Journal of Pediatric Surgery*, 26, 10 (1991), pp. 1152-1155.

<sup>18</sup> Su trabajo *Certaines workes of chirurgie* fue publicado en 1563 urgiendo la implantación de un tratamiento similar al de Paré.

<sup>19</sup> John A. LYNN, *Giant of the grand siècle: the French army, 1610-1715*, Cambridge/Nueva York: Cambridge University Press, 1997, pp. 420-26.

<sup>20</sup> Véase Ambroise PARÉ, *The Works of that Famous Chirurgion Ambrose Parey*, Londres, 1624.



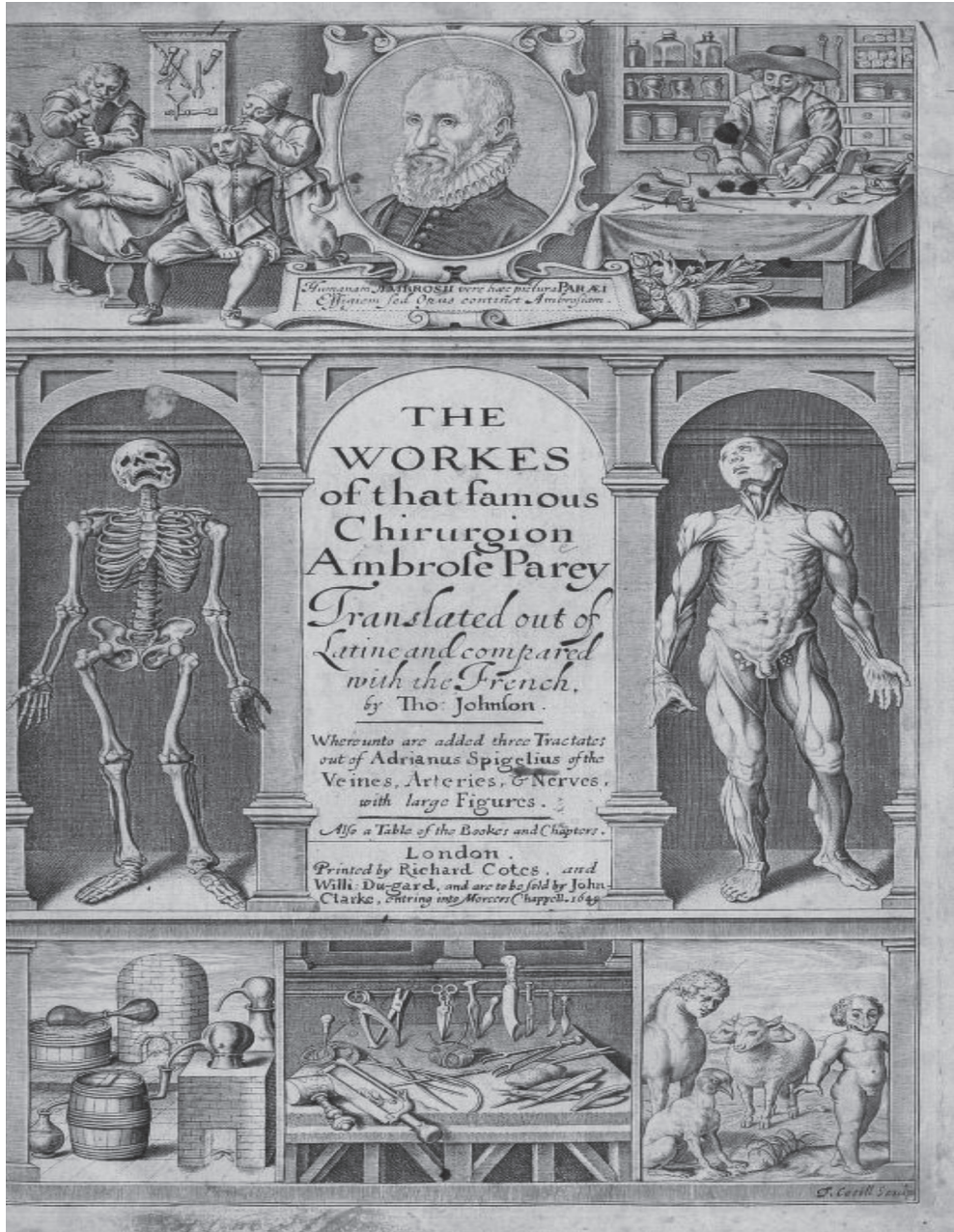


FIGURA 4: Portada de la obra de Ambroise Paré, *The Works of that Famous Chirurgion Ambrose Paré*, Londres, 1624.

En una era de preanestesia, poco se podía hacer para disminuir el dolor de una operación, excepto administrar alcohol y hacerlo lo más rápidamente posible. Una vez concluida la operación, el problema principal consistía en detener la hemorragia y evitar la infección. Para ello, la mayoría de los médicos creía que la única solución era quemar o cauterizar toda la carne que rodeaba la herida, tratamiento que infligía al paciente un dolor insufrible. Más adelante, se descubrió que si se recubría la herida con una capa gruesa

de grasa animal se conseguía el mismo efecto que con la cauterización, pero este método, aunque no era tan espantoso como el anterior, seguía siendo doloroso.

A veces los cirujanos tenían que llevar a cabo operaciones en el mismo campo de batalla, por lo que ellos y sus ayudantes trabajaban incluso armados por si las tropas enemigas conseguían abrirse paso. También se llegaba a realizar en el campo de batalla la succión de las heridas. Cuando los regimientos avanzaban en formación unos contra otros al son del tambor, los heridos en estos enfrentamientos eran encomendados a los tambores mayores, los cuales se encargaban del tratamiento de las colecciones hemáticas o purulentas en el tórax. Utilizaban para ello vainas de sables despuntadas como trocares y aplicaban el primer vacío conocido en la historia de la medicina, la propia succión. Eran por ello llamados los *chupadores de heridas* (*sucker wounds*)<sup>21</sup>.

Si la ciencia quirúrgica fue avanzando lentamente, el número de cirujanos en los ejércitos siempre fue pequeño. Muchos soldados veteranos nobles podían disponer de sus propios cirujanos mientras estaban en campaña; sin embargo, para los soldados comunes existían pocos cirujanos. En el ejército galo de Francisco I, sólo había tres cirujanos en la lista de pagos a las tropas involucradas en la campaña de Piamonte, hecha en el último cuarto de 1537. Asimismo, los ejércitos de Isabel I no disponían de más de dos cirujanos en la década de 1590. Fue en los Tercios españoles donde estuvo la dotación médica más avanzada de su tiempo. Cuando en 1534 se crearon los Tercios de Infantería, a su plana mayor se le dotó de

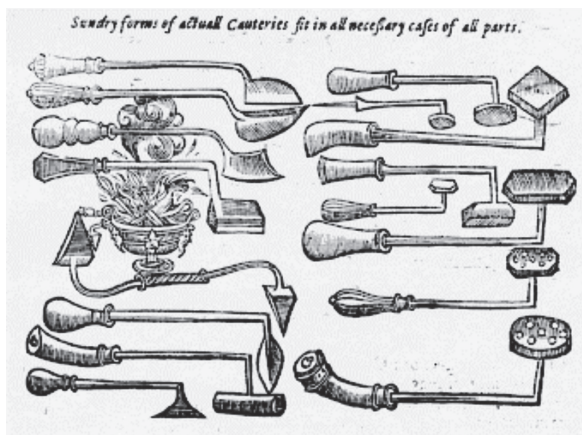


FIGURA 5: Instrumentos de cauterización utilizados por Ambroise Paré, en *The Works of that Famous Chirurgeon Ambrose Parey, Londres, 1624*.

<sup>21</sup> Jorge R. GUIJARRO y Armengod CANTÓ, "Historia del drenaje torácico", en *Archivos de Bronconeumología. Artículos especiales*, 38, 10 (2002), pp. 489-491.

un médico y un cirujano y muchos cirujanos latinistas y romancistas comenzaron a pasar al ejército para consolidar su saber y hacer prácticas. Pero este caso fue extraordinario, por lo general, hubo escasez de cirujanos en los ejércitos.

Precisamente por esta escasez, los heridos en una batalla se veían obligados a dirigirse bien al campamento de mujeres que seguía a todos los ejércitos europeos o a las barracas de los médicos. Incluso cuando estaban disponibles, los escasos cirujanos eran frecuentemente hombres de limitadas habilidades. Estos profesionales con un bajo nivel de competencia así como también un escaso sueldo atraían a pocos hombres del calibre de Paré o Clowes<sup>22</sup>. Este último, que sirvió en la fuerza expedicionaria de Leicester en los Países Bajos, publicó en 1588 la obra titulada *Proved Practice for all Young Chirurgians*, donde se quejaba de que los malos cirujanos habían matado más hombres que los propios enemigos.

La mayor parte de los tratamientos se llevaba a cabo en el campo de batalla, en las iglesias y en las paneras y casas convertidas rápidamente en hospitales. No se hacía mucho por evacuar a los heridos. De ahí que Dávila Orejón urgiera a los comandantes victoriosos a asegurar el envío de los heridos a los hospitales después de cualquier batalla. Aunque hubo voces ante el gobierno de Inglaterra, como la de Thomas Digges, para crear una serie de carruajes y conductores que pudieran servir como ambulancias, los heridos se vieron obligados a seguir confiando en sus camaradas, viudas o seguidores del campamento para ser transportados a los improvisados hospitales.

En la Ordenanza de 1632, que reglamentaba la vida militar de la Monarquía española, se hacía hincapié precisamente en la camaradería entre los soldados, pues de este modo resultaría más fácil el socorro entre ellos cuando estaban heridos o necesitados. “Conviene mucho el que los soldados hagan camaradas en las Compañías y que estén divididos en ranchos y que no sean menos de cinco ni más de ocho pues más de ocho sirven de embarazo y menos de cinco de incomodidad”<sup>23</sup>. Existían varias razones que hacían muy conveniente practicar esta camaradería:

*...la soldadesca viviendo en camaradas son las que han conservado más la Nación Española porque un soldado solo no puede con su sueldo entretener el gasto forzoso como juntándose algunos lo pueden hacer, ni tiene quien le cure y retire si está malo o herido y porque el modo de vida contrario es entre soldados desapacible y sospechoso, ordeno a mis capitanes generales tengan cuidado en no consentir que soldado alguno viva sin camarada, dándoles ellos ejemplo*<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> En el siglo XVI, por ejemplo, un cirujano inglés recibía un sueldo sólo algo más alto que un soldado trompeta.

<sup>23</sup> Real Ordenanza de 1632. Biblioteca Nacional de España, B.N., Sección de Manuscritos, Mss. R-35552.

<sup>24</sup> *Ibidem*.



De ahí se derivaba la necesidad de erradicar toda clase de independencia e individualismo:

*...porque muchos de ellos son amigos de vivir solos y a su fantasía y esto no es bien que sea tanto por lo que cumple al servicio del rey como también por su conveniencia propia. Y si no, diga el señor soldado amigo de hacer rancho solo, si enferma en campaña lejos de nuestras plazas (...) quién le ayudará, quién le llevará las armas y quién si es menester le llevará a cuestras? Y si en una ocasión le hieren mucho o poco quién le levanta, quién le lleva a curar y de allí al cuartel o al hospital o donde lo lleven...?<sup>25</sup>*

Desde finales del siglo XVI en adelante se organizaron nuevos y más extensos servicios médicos. No por fines altruistas sino con la pragmática idea de mejorar la eficiencia militar, pues el incremento de enfermos y heridos constituía un factor que podía arruinar la máquina de guerra. Era particularmente importante evitar pérdidas innecesarias a causa de enfermedades o heridas de los soldados veteranos cuyo valor se había demostrado en muchos campos de batalla. Así lo expresó claramente el Cardenal Mazarino quien llegó a decir que “el dinero no es en ningún aspecto mejor gastado que en hospitales para tratar los soldados enfermos, porque uno de estos hombres curados equivale a diez nuevos reclutas.”

Además, la provisión de abastecimientos dirigida al cuidado de los enfermos mejoraba indudablemente la moral de las tropas y el ánimo de los nuevos voluntarios para seguir adelante. Nada produce mejor efecto en los ejércitos que tener cuidado de los heridos, opinaba Mazarino. Mientras que Nicholas Weston en 1598 argumentaba a favor del establecimiento de un hospital militar en Dublín, situado en los campamentos donde la mortalidad de los soldados era más alta.

En la España de los siglos XVI y XVII, la cirugía experimentó un creciente empuje y esta mejora llevó consigo un notable incremento del número de cirujanos, tanto de los cirujanos mayores (latinistas y romancistas) como de los menores (los barberos-cirujanos). Los cirujanos mayores latinistas, llamados así porque la teoría la estudiaban en latín, se formaron en las cátedras de cirugía más famosas como la de Valladolid, Salamanca y Alcalá de Henares, creadas en 1594. Por el contrario, los cirujanos romancistas eran aquellos que aprendieron la teoría en castellano y su principal saber no emanaba de la Universidad sino de la práctica diaria y continua de la cirugía.

Además de los médicos y cirujanos titulados, existieron los llamados cirujanos menores: los barbero-cirujanos que hacían labores quirúrgicas de menor envergadura, como sangrías, arreglar pelos y barbas, etc., y los sangradores que

<sup>25</sup> Francisco DÁVILA OREJÓN, *Política y mecánica militar para el Sargento Mayor de Tercio*, Madrid, 1669. B.N. Mss. R-13805, p. 104.

se dedicaban a hacer sangrías y pequeñas intervenciones superficiales, ordenadas previamente por un médico o cirujano titulado.

Debido al intrusismo profesional de muchos de estos empiristas y al menoscabo de los ingresos para los titulados, esos últimos se agruparon en cofradías. Gracias a ellas, los titulados pudieron ejercer una cierta presión sobre las autoridades para que dictaran reglamentos normativos adecuados y sanciones oportunas para los infractores. En la misma línea, se creó más tarde el tribunal del Protomedicato<sup>26</sup>, el cual se encargó de realizar los exámenes a los futuros médicos, cirujanos, barberos, boticarios y veterinarios, con la potestad para conceder o denegar los correspondientes títulos, así como para imponer sanciones a los que ejercieran el oficio de manera ilegal.

Muchos de estos cirujanos hicieron su aprendizaje o su consolidación práctica en los ejércitos, por ello, el soldado que resultaba herido en el campo de batalla solía tener más suerte que el campesino que se caía en su establo, pues los médicos y los cirujanos del ejército eran los mejores o, al menos, los más experimentados.

Entre los cirujanos más famosos al servicio de la Monarquía española que lograron gran experiencia en el ejército destacaron: Andrés de León, cirujano castrense y protomédico de la Armada que estuvo a las órdenes de Juan de Austria y del Duque de Alba. Escribió un tratado de cirugía<sup>27</sup>. Juan de Vigo, cirujano italiano que, como se ha dicho anteriormente, pensaba que las heridas por armas de fuego tenían un carácter venenoso, por lo que propuso el cauterio con el cuchillo rusiente. Alfonso Romano, quien escribió un libro sobre cirugía en el que consideraba a las heridas producidas por armas de fuego semejantes a las originadas por asta de toro. Pedro Virgili, cirujano primero de la Armada y más tarde de la Real Cámara, quien trabajó al servicio de la familia real. Martín Arredondo, cirujano de los Reales Guardias de Castilla, que en 1674 publicó un libro titulado *Verdadero examen de cirugía*<sup>28</sup>.

Mención aparte merece el gran cirujano, sin duda el más afamado dentro y fuera de España, Dionisio Daza Chacón, (1505-1596) nacido en Valladolid en una familia de médicos. Después de estudiar en Valladolid y Salamanca, donde también ejerció la profesión, se embarcó con los ejércitos y participó en numerosas batallas en las que consolidó su saber quirúrgico. Médico y cirujano de la Casa Real, fue nombrado cirujano del Hospital Real de la Corte en Valladolid. Después de 37 años de servicio, Felipe II le concedió la jubilación en 1580 con un elevado sueldo. Las principales aportaciones de Daza a la cirugía, recogidas en su obra *Práctica y Teórica de cirugía*, se centraron en las nuevas técnicas para la curación

<sup>26</sup> José PARDO TOMÁS y Alvar MARTÍNEZ VIDAL, “El Tribunal del Protomedicato y los médicos reales (1665-1724)”, en *Dynamis*, 16 (1996), pp. 59-90.

<sup>27</sup> Fermín PALMA RODRÍGUEZ, “El quehacer quirúrgico del doctor Andrés de León y su libro de Cirugía”, en *Boletín del Instituto de Estudios Giennenses*, 185 (2003), págs. 341-354.

<sup>28</sup> Francisco GUERRA, *Las heridas de guerra: contribución de los cirujanos españoles en la evolución de su tratamiento*, Santander: Universidad de Cantabria, 1981.

de las heridas ocasionadas por arma de fuego: abandono de los métodos tradicionales del cauterio y tratamiento como heridas contusas, aplicando en primer lugar la extracción de cuerpos extraños, limpieza de la herida, sutura, vendajes y posterior aplicación de medicamentos.

En definitiva, la mayor parte de estos cirujanos ganaron su experiencia y pericia en los ejércitos y armadas, donde sin duda lograron salvar un gran número de vidas, para continuar su profesión en la casa real o al servicio de la comunidad.

## 5. SOBREVIVIR EN EL EJÉRCITO

El estudio de los avances de la ciencia quirúrgica en el ejército lleva a preguntarse por el grado de supervivencia de los soldados heridos. En muchas ocasiones, aunque la operación fuera un éxito, el paciente moría después a causa de las infecciones en la herida. Todo dependía de cómo y dónde hubiera sido infligida la herida. Heridas de cortes y pinchazos de espada y pica podían cicatrizarse solas –aunque debían ser limpiadas y vendadas– siempre y cuando no hubieran hecho daño a ningún órgano interno. Las heridas de bala eran más problemáticas. Si una herida de cañón era invariablemente fatal, las balas más ligeras de las armas de mano podían, cortar huesos y tejidos y causar hemorragias internas. Bien lo sabía don Luis de Requesens (1528-1576) –gobernador de los Países Bajos y capitán general de los Tercios españoles– quien en una ocasión en que tenía a muchos de sus hombres heridos, hizo esta reflexión “La mayor parte de los heridos son de picazos y de pedradas, que estarán pronto sanos, aunque también hay muchos de arcabuzazos que morirán”. Todos los libros de texto de la época confirmaban este juicio: la bala podía causar derrames internos, ocasionar envenenamiento de la sangre o destrozarse un hueso, tres situaciones ante las que la medicina del siglo XVI se encontraba impotente<sup>29</sup>.

Pero aun dentro de estas limitaciones, los médicos y cirujanos del ejército registraron éxitos notables. Por ejemplo, de 37 veteranos españoles heridos graves en 1574, uno había perdido las dos piernas, tres los dos brazos, cinco más habían perdido el uso de una de las piernas, a trece les faltaba una mano o un brazo (los accidentes en los miembros derecho e izquierdo abundaban por igual); los registros dan otros once casos con heridas graves por disparo de bala (en la boca, ojos o incapacidad de algún miembro) y finalmente cuatro más habían perdido un miembro por bala de cañón. La lista es espeluznante, pero ofrece un testimonio notable de la habilidad de los cirujanos del ejército: todos estos infortunados habían sobrevivido a sus heridas<sup>30</sup>.

En 1596-99 se registraron 386 casos de soldados licenciados del ejército por diversas razones, no todas relacionadas con la mala salud. De éstos 142 (el 36

<sup>29</sup> Véase G. PARKER, *El Ejército...*, pp. 209-211.

<sup>30</sup> Visita de los soldados heridos, mayo 1574. Citado por G. PARKER, *El Ejército...*, p. 210.

%), dicen los documentos, tenían cicatrices o heridas en la cara que ya no se les borrarían y algunos tenían la frente llena de heridas, o tenían la cara “muy fea de heridas”. Un 5 % había perdido la visión de uno de los dos ojos, el 7 % tenía una pierna gravemente herida o le faltaba, y el 17 % había perdido un brazo o el uso de él. Una vez más, los cirujanos del ejército habían salvado la vida de todos ellos.

A la hora de juzgar por el gran número de ex-soldados sin miembros o articulaciones, que malvivían pidiendo en la calles, las operaciones debieron ser sorprendentemente efectivas. Los que sobrevivían gracias a las amputaciones se convertían en tullidos de guerra. Algunos dibujos del artista Jacques Callot (1592-1635) suponen una magnífica ilustración de estos *estropeados* de guerra. (Figuras 6 y 7)

Los soldados veteranos sin un brazo o sin pierna, podían obtener con suerte un puesto de centinela en alguna guarnición pacífica o a veces ser repatriados y recibir una pequeña pensión del gobierno. Para los sobrevivientes mutilados en los Países Bajos se estableció una casa especial en el siglo XVII: la Guarnición de Nuestra Señora de Hal. En enero de 1640 estaban de servicio en dicha guarnición dos oficiales, 236 soldados y 108 entretenidos, todos ellos veteranos que, a consecuencia de sus heridas, habían quedado inhábiles para el servicio en el campo de batalla.



FIGURA 6: Jacques Callot: Les Gueux - Le Mendiant à la jambe de bois (1622)



FIGURA 7: Capitano di Baroni de Jacques Callot, 1622-1623, de la serie de 25 estampas de Callot titulada "I Baroni".

Sin embargo, en muchos casos los tullidos repatriados se encontraban con que la única forma de sobrevivir era la mendicidad, especialmente cerca de la Corte. Sólo los muy afortunados llegaban a conseguir un miembro artificial, aunque parece que en muchos casos resultaba fácil fabricárselo uno mismo.

## 6. LOS AVANCES HOSPITALARIOS EN LOS EJÉRCITOS MODERNOS

Gran parte del avance en la provisión de servicios médicos, como también de otras materias militares en el siglo XVI, se debió al rey Felipe II (1527-1598). Gracias a sus disposiciones, todos los ejércitos del rey de España estaban provistos de un hospital militar completo con un equipo de médicos y cirujanos bien preparados. Además, las tropas que servían en Italia y en los Países Bajos comenzaron a recibir servicios sanitarios gratuitos mientras que los soldados en otros ejércitos europeos todavía tenían que pagar sus medicinas.

El ejército de Flandes fue el que recibió mayores atenciones. Habitualmente disfrutaba de sus propios hospitales de campaña y cuando la ocasión lo demandaba, se requisaban incluso los hospitales civiles. En 1567, Margarita de Parma, madre de Alejandro Farnesio, estableció un hospital militar sedentario para los españoles en Malinas, pero su vida fue corta, pues no sobrevivió mucho a los episodios de la revolución religiosa. En 1585, Alejandro Farnesio queriendo reproducir el proyecto materno, creó el primer hospital militar permanente en Malinas, “para remedio, alivio y consuelo de los soldados que tan celosamente y con no pocos trabajos vienen a sacrificar sus vidas en servicio de su Príncipe natural, y defensa de estos Dominios”. El nuevo “Hospital Real del Ejército”, mantenido por el rey de España, abarcaba la totalidad del servicio sanitario de las tropas, llegando a subsistir hasta comienzos del siglo XVIII. El Reglamento de este Hospital no se hizo hasta que en 1599 el archiduque Alberto ordenó su redacción e impresión. Así, las Constituciones del Hospital Real del Ejército de los Países Bajos han sido consideradas como el primer reglamento de hospitales militares; años más tarde, en 1685, fueron renovadas y puestas al día<sup>31</sup>.

El Hospital fue levantado para atender la curación de aquellos soldados de la Infantería y Caballería ligera española, italiana y de las demás naciones que conformaban el ejército multinacional de Flandes. Sin embargo, dentro del ejército de la Monarquía española en Flandes existían preferencias de diversa índole. En época de paz, los primeros en beneficiarse del hospital militar para curar sus enfermedades eran los soldados españoles y los italianos.

Estas preferencias se dejaban a un lado cuando el ejército entraba en campaña, normalmente en la primavera, verano y otoño. A partir de octubre, cuando

<sup>31</sup> *Constituciones del Hospital Real del Ejército de los Países Bajos* por Francisco Antonio de AGURTO; Hospital Real del Ejército de los Países Bajos (Malinas). En Bruselas en la imprenta de los herederos de Francisco Foppens 1685.



la climatología hacía imposible el combate, normalmente los ejércitos regresaban a sus cuarteles de invierno. En plena campaña, cualquier soldado herido o enfermo del ejército de Flandes podía ser atendido en el Hospital militar “porque sería inhumanidad no hacerse algunas veces y así lo remito a vuestra prudencia...”<sup>32</sup>

La reglamentación ordenaba que ningún soldado acudiera al hospital a curarse sin licencia del Maestre de campo de su Tercio, del sargento mayor o del capitán comandante. La licencia era un documento expedido por la máxima autoridad del Tercio en el que se hacía constar la enfermedad o los síntomas que mostraba el soldado y la necesidad de ser hospitalizado.

El Hospital estaba atendido por un personal de entre sesenta y cien miembros (desde el médico principal hasta las mujeres que hacían la colada) y se caracterizaba por ser uno de los pocos “Hospitales Escuela” de Europa, donde además de los médicos había estudiantes que aprendían a realizar operaciones.

Entre 1614 y 1629, el Hospital de Malinas dispuso de un presupuesto que ascendía a más de un millón de ducados. Entre 1634 y 1641, el presupuesto del hospital representaba el 1 % de todo el gasto del ejército de Flandes<sup>33</sup>. Gracias a él, podía contar con 330 camas, que bastaban para los soldados la mayor parte del año. Cuando un asedio se prolongaba o una campaña particularmente sangrienta aumentaba el número de los que precisaban atención médica, se establecían hospitales especiales de campaña en puntos estratégicos, o bien se incautaba un hospital civil para las necesidades militares. En estos casos, todos los soldados extranjeros o del país recibían tratamiento gratuito.

Los casos que se presentaban en el hospital militar eran principalmente quirúrgicos –heridas de espada, pica o bala–. Además de las operaciones rutinarias de arreglar o amputar miembros rotos, el Hospital de Malinas se encontraba con muchos casos de enfermedades contagiosas e incluso de enfermedades mentales: De los 386 soldados españoles e italianos que fueron licenciados definitivamente del ejército entre 1596 y 1599, no menos de 76 (el 20 %) lo fueron por incapacidad debida a una enfermedad incurable. Tal vez se trataba de tuberculosis o malaria, pero lo más probable es que fueran enfermedades venéreas.

Entre las medidas dictadas para mejorar la atención hospitalaria de Malinas se estableció, en primer lugar, el ahorro, evitando el gasto excesivo y disponiendo se estudiase el modo de optimizar sus recursos. En segundo lugar, se ordenó a los barberos de oficio que no remitiesen las prácticas de sangrías, ventosas sajas, unturas, fomentaciones y otros remedios a los muchachos aprendices “que lo más ordinario las yerran en grave daño y perjuicio de los enfermos”. Asimismo, se dispuso una buena alimentación:

<sup>32</sup> *Ibidem*, artículo 17.

<sup>33</sup> G. PARKER, *El ejército...*, p. 167.



*El Veedor y Contador se hallarán cada mañana con los Médicos a la visita de los enfermos para que se facilite todo lo que fuere encaminado al consuelo y salud de los necesitados y procurará que los enfermeros den la lista de la comida ordenada a los enfermos para hacer las libranzas sobre el Despensero para que se guise con tiempo y que si se ordenare alguna comida extraordinaria que no haya en casa, se busque y apreste todo para la hora de la comida<sup>34</sup>.*

Hasta se dispusieron modos para cuidar la honestidad de los pacientes: “Procurareis que para abrigo o honestidad de los enfermos haya ropas o cacheras de paño para los que se levantan a sus necesidades, de manera que haya para cada dos o tres camas una que de no haberlas han resultado y resultan algunos inconvenientes”<sup>35</sup>.

En definitiva, el ejército de Flandes logró disponer de una admirable atención médica para el cuidado de sus numerosas tropas. Se trataba de un sistema sorprendentemente moderno, que ningún otro estado utilizaba; sólo la Monarquía española se ocupaba de sus soldados con tanto celo. En Inglaterra, por ejemplo, la reina Isabel I mantenía una actitud completamente diferente hacia sus tropas, y después de la derrota de la Armada Española en 1588 negó todas las peticiones de ayuda económica a los héroes que habían luchado contra España<sup>36</sup>. Es más, a los que resultaron heridos durante la batalla los dejaron morir de hambre, rendidos y mutilados en los puertos del Canal. En realidad, los veteranos ingleses heridos sólo empezaron a recibir pensiones en el año 1593, cuando el Parlamento aprobó una Ley en la que se recordaba a aquellos héroes:

*Está de acuerdo con la caridad cristiana, la política y el honor de nuestra nación que aquellos que desde el 25 de marzo de 1588 arriesgaron sus vidas y perdieron miembros o quedaron incapacitados, y aquellos que desde ahora arriesguen su vida, pierdan miembros o queden incapacitados defendiendo y sirviendo a su Majestad y al Estado, a cambio sean dispensados del servicio y recompensados hasta el final para que puedan recolectar los frutos bien merecidos, y así estimular a otros a realizar las mismas hazañas<sup>37</sup>.*

Por el contrario, los soldados españoles que pudieron regresar a la península ibérica después del desastre de la Armada Invencible navegando por el norte de

<sup>34</sup> *Constituciones...*

<sup>35</sup> *Ibidem.*

<sup>36</sup> Para las mejoras en los servicios médicos del ejército de Inglaterra Véase Charles G. CRUIKSHANK, *Elizabeth's army*, Oxford: Clarendon Press, 1966, pp. 174-88; C. R. BUTT, “Army medical services in 1644”, en *Journal of the Society for Army Historical Research (JSAHR)*, 35 (1957), p.135; David STEWART, “Some early military hospitals”, en *Journal of the Society for Army Historical Research (JSAHR)*, 28 (1950), pp. 174-9.

<sup>37</sup> Véase Geoffrey PARKER, *Los soldados europeos entre 1550 y 1650*, Madrid: Akal, 1977, p. 59.

Escocia e Irlanda fueron recogidos en los puertos de Santander y Asturias y llevados y curados en los hospitales de la meseta castellana. El rey Felipe II solicitó a todos los castellanos que alojaran, alimentaran y vistieran a los soldados llegados de la expedición, y proveyesen hospitales que acogieran gratuitamente a los enfermos o tullidos hasta su recuperación.

Otros estados también avanzaron en el siglo XVII. En Francia el *código Michau* de 1629 estableció que cada regimiento y guarnición dispusiera de su propia enfermería y cirujano, y que los hospitales de campo siguieran al ejército en campaña. Pero, en general, la implementación de estas medidas nunca fue rápida ni universal. Aunque durante el reinado de Luis XIII se establecieron hospitales militares en Calais, Pignerolo y Brouage, gracias al *Código Michau*<sup>38</sup>, muchas de sus cláusulas permanecieron como letra muerta durante varias décadas. Finalmente, en enero de 1708, un edicto real dispuso el aumento del número de cirujanos que servía en los ejércitos y ordenó el establecimiento de 50 nuevos hospitales, sobre todo en la frontera norte, con un inspector para supervisarlos<sup>39</sup>.

En Inglaterra, el régimen de Cromwell y la posterior Restauración intentaron mejorar el estatuto y la medicina militar nombrando a civiles muy considerados para los puestos de físico general, cirujano general y farmacéutico general.

Aunque sea posterior a este estudio, fue en la Prusia del siglo XVIII donde se tomaron las iniciativas más impresionantes para mejorar la cualificación de los médicos militares. En 1713 se fundó en Berlín un *Teatro Anatómico* para la preparación de los cirujanos del ejército y, once años más tarde, un Decreto obligó a los candidatos del Colegio de Cirujanos y Medicina a formarse primero como cirujanos del ejército durante un periodo de prueba.

En los grandes estados de Austria, los avances fueron especialmente lentos y los resultados escasos debido a la limitación del gasto médico. En 1701, por ejemplo, para el transporte de los equipos médicos de todo el ejército del príncipe Eugenio de Saboya sólo se emplearon dos carros.

El gran problema de todos los estados fue la dificultad de allegar los suficientes fondos para los servicios médicos<sup>40</sup>. En España a partir de 1680 se hizo difícil la provisión sanitaria. Los escasos servicios médicos militares de España a finales del siglo XVII, ha escrito Christopher Storrs, reflejan las dificultades para enfrentarse a los nuevos retos. El problema real, en definitiva, era la falta

<sup>38</sup> El “Código Michau” consistió en una Ordenanza que abordaba diversas materias, entre las cuales se encontraba el comercio. Sólo fue aplicado parcialmente.

<sup>39</sup> Para el estudio de los avances médico-quirúrgicos en los ejércitos de Francia véase Colin JONES, “The welfare of the French foot-soldier”, en *History*, 65 (1980), pp. 193-213 y, del mismo autor, *The charitable imperative: hospitals and nursing in ancient regime and revolutionary France*, Londres: Routledge, 1989; Lawrence BROCKLISS, *The medical world of early modern France*, Oxford: Clarendon Press, 1997, pp. 689-700; Guy ROWLANDS, *The dynastic state and the army under Louis XIV: royal service and private interest, 1661-1701*, Cambridge: Cambridge University Press, 2002, pp. 97-98.

<sup>40</sup> Henry KAMEN, *Spain in the later seventeenth century 1665-1700*, Harlow: Longman, 1980, pp. 322-324.

de dinero<sup>41</sup>. Así, como ha señalado David Goodman, la guerra estimulaba la provisión de los servicios médicos para las tropas del rey, pero también dejaba exhaustos los fondos necesarios para hacer efectivo el cuidado de los enfermos y heridos<sup>42</sup>. Debido a ello, los heridos y enfermos recibían un pobre tratamiento y muchos morían, de manera que, a finales del siglo XVII, algunos aspectos apenas habían cambiado desde el reinado de Felipe II.

## 7. LOS AVANCES SOCIALES

Además de los avances médico-quirúrgicos y hospitalarios, hay que señalar los avances sociales dirigidos a mejorar el bienestar del soldado herido y enfermo. La atención médica que recibían los soldados españoles era totalmente gratuita, aunque de la paga básica de 30 reales que recibían cada mes se les descontaba un real para ayudar a mantener el hospital. En realidad, el mantenimiento de los hospitales costaba tres veces más de lo que se recaudaba con estas contribuciones, pero el gobierno se encargaba de poner el resto.

Además, los soldados del ejército de Flandes tenían asegurados los servicios religiosos y podían confesar y comulgar antes de entrar en la batalla gracias a los capellanes del ejército. En el hospital de Malinas, la atención espiritual a los enfermos y heridos tenía gran importancia, por lo que se habían establecido normas precisas para la administración de los Sacramentos a los pacientes. Además, todo soldado tenía asegurado el cumplimiento escrupuloso de su testamento, una costumbre que se cumplía rigurosamente en el ejército de Flandes y muy especialmente en el hospital de Malinas donde se dictaron reglas sobre el modo de hacer testamento y de recoger los enseres y alhajas de los que morían allí.

Uno de los mayores avances sociales en el ejército de la Monarquía fue la concesión de pensiones a los tullidos de guerra, una iniciativa que se fraguó a comienzos del siglo XVIII. Hasta entonces, muchos soldados *estropeados* o inválidos se dirigían a la corte para pretender alguna merced del rey que aliviase su situación. En las Ordenanzas de 1632, se había establecido una recompensa de 300 ducados por una sola vez a los soldados veteranos tullidos; se trataba, pues, de una gratificación más que una pensión.

El Real Decreto de 21 de enero de 1706 instituyó por primera vez, de forma reglada y oficial, las pensiones por lesión o incapacidad, circunstancia muy frecuente en la época. Felipe V, el primer monarca Borbón, dispuso que, atendiendo a los méritos de aquellos que por “heridas, achaques o largos servicios, queden imposibilitados de continuarlos” fuesen merecedores de una pensión que pudiese

<sup>41</sup> Christopher STORRS, “Health, Sickness and Medical Services in Spain’s Armed Forces c.1665–1700”, en *Medical History*, 50, 3 (2006), pp. 325–350.

<sup>42</sup> David GOODMAN, *Power and penury: government, technology and science in Philip II’s Spain*, Cambridge: Cambridge University Press, 1988, p. 250.

solucionar sus necesidades de manutención. Para ello dedicó el 2,35 % del presupuesto total de la Tesorería Mayor de la guerra, una cantidad apreciable. El interés de Felipe V por el bienestar de su ejército se puede apreciar también en sus disposiciones de febrero de 1706 para que los soldados fueran asistidos en los Hospitales con “víveres y medicinas de la mejor calidad”, dotándolos por primera vez de camas individuales para el “mayor alivio, y comodidad” de los ingresados.

También en el siglo XVIII se estableció el llamado Cuerpo de Inválidos que reunía a aquellos tullidos que todavía podían ofrecer sus servicios al ejército de vigilancia, entrenamiento, etc.<sup>43</sup>.

## 8. LA DESERCIÓN

A pesar de todos estos avances médico-quirúrgicos y sociales, que pretendían la recuperación del mayor número posible de enfermos y heridos, los ejércitos europeos tuvieron que enfrentarse a otro grave problema que dieztaba y debilitaba las unidades tan difícilmente completadas: la desertión. Un soldado era considerado desertor desde el momento en que no estaba presente en la revista de su compañía sin licencia para ello.

Las causas que provocaban la desertión eran diversas. En los primeros años, el miedo a una ausencia larga y lejana era un factor determinante. Las tropas destinadas a las colonias americanas eran especialmente víctimas de esta realidad pues al poco tiempo de llegar, las enfermedades y las deserciones reducían alarmantemente las unidades. Asimismo la desertión era abundante en los presidios del norte de África. No sólo los reos que allí se custodiaban sino también los soldados huían y “se pasaban a los moros” pretendiendo iniciar una nueva vida. Tras un tiempo prudencial, estos desertores regresaban en su mayoría a la península como cautivos redimidos. Otro agente que favorecía la desertión era la proximidad de las fronteras. Especialmente arriesgado era establecer compañías de soldados extranjeros cerca de la frontera con Francia y esa exposición se pagaba con un aumento de la desertión; pero también sucedía a la inversa, muchos soldados desertores franceses venían a refugiarse a España. Asimismo, con el paso de los años, el desertor podía huir escapando de la dureza de la vida militar<sup>44</sup>.

Lo habitual era que los desertores vagaran de un lado para otro subsistiendo como podían, entre el merodeo y el vagabundo, entre engaños y estratagemas en

<sup>43</sup> Cristina Viñas Millet, “El cuerpo de Inválidos y su organización en el contexto de la reforma del ejército español en el siglo XVIII”, en *Revista de Historia Militar*, 52 (1982), pp. 79-116. Francisco José SANZ, “Alojamiento de tropas en Burgos a mediados del siglo XVIII. Cuarteles, alquileres y hospitales para el Regimiento de Inválidos de Cataluña (1748-1753)”, en *Milicia y sociedad ilustrada en España y América (1750-1800)*, 1 (2003), pp. 335-360.

<sup>44</sup> Cristina BORREGUERO BELTRÁN, “Represión e integración de prófugos y desertores en la España del siglo XVIII”, en *Millars Espai I Història. Revista de Historia de la Universitat de Jaume I*, 2003, pp. 111-130.

el mejor de los casos. Un ejemplo significativo es el de un sargento desertor que con pasaportes falsos fue subsistiendo de pueblo en pueblo solicitando el utensilio que las poblaciones obligatoriamente debían ofrecer a la tropa transeúnte. Pero no pocas veces, ante la dificultad de sustentarse vagando de un lado para otro, los desertores terminaban recurriendo a delitos más graves como el robo y el homicidio. La dureza de esta clase de vida conducía finalmente a muchos de ellos a sentar plaza de nuevo en el ejército –donde al menos tenían el alimento asegurado–, pero siempre lejos de sus antiguas compañías.

En general, las tasas de desertión fueron siempre muy altas. Según el análisis de Lorraine White, en los cuerpos que lucharon para hacer retroceder al enemigo francés en sus puestos de Navarra en 1637, se descubrió que de la fuerza original de 7.719 soldados (y entre ellos, 516 oficiales), después de la batalla quedaba nada más que un 61 por ciento. Entre los ausentes, veinticuatro lo habían hecho con licencia (por no ser de servicio) y 1.264 habían huido<sup>45</sup>. La mayor parte de los soldados fugados procedía de los cuerpos constituidos por nativos alistados cerca del campo de batalla, lo que demuestra que la cercanía del lugar de origen producía un desgaste de huidos mucho más alto<sup>46</sup>.

## CONCLUSIONES

De todo ello se puede deducir, en primer lugar, que a pesar de los numerosos estudios sobre los avances médico-quirúrgicos, hay que investigar todavía más para lograr cálculos y estimaciones más precisas sobre los resultados de dichos progresos.

En segundo lugar, se puede afirmar que en todos los ejércitos europeos de la época moderna, el mayor agente de desgaste fue el contagio de las enfermedades, las cuales se cobraron más víctimas que las heridas producidas por las armas en los campos de batalla. Asimismo, se puede asegurar, en tercer lugar, que un alto porcentaje de los heridos, sorprendentemente, sobrevivían, lo que confirma el notable desarrollo de la cirugía en el campo de batalla. En cuarto lugar, parece claro que en todos los ejércitos se fue desarrollando una serie de mejoras médico-quirúrgicas, las más avanzadas de su época, pero muy especialmente en el ejército de Flandes, donde se estableció el primer hospital militar permanente en la ciudad de Malinas. Aunque las comparaciones internacionales no son fáciles, la provisión médica en los ejércitos españoles, al menos hasta mediados del siglo xvii, fue probablemente mejor que en Inglaterra o Francia. Pero todos estos progresos no se realizaron de forma continua ni espectacular y a finales del siglo xvii, los problemas financieros marcaron un descenso en la atención sanitaria de todos los ejércitos, incluido el español.

<sup>45</sup> L. WHITE, "Los Tercios...", pp. 141-167.

<sup>46</sup> *Ibidem*.

Finalmente, en el desgaste de las fuerzas militares incidió otro factor mucho más grave por su difícil solución: la desertión. Si los muertos y heridos diezaban las tropas, este coste se incrementaba con la huida de los desertores, los cuales supusieron una grave plaga en todos los ejércitos de la época moderna.