

La Sanidad naval española: De Lepanto a Trafalgar

Manuel GRACIA RIVAS

Coronel Médico (Res.)

RESUMEN

Se analizan las características de la asistencia sanitaria en la Armada en dos etapas bien diferenciadas, la correspondiente a los siglos XVI y XVII y la que comienza, tras la instauración de la nueva dinastía borbónica, al inicio del siglo XVIII.

El cuidado de las dotaciones, los recursos terapéuticos, el funcionamiento de los hospitales estables y el de los embarcados, con motivo de determinadas Jornadas, son algunos de los aspectos analizados en cada caso. Especial interés merece la creación del Real Colegio de Cirugía de la Armada en Cádiz y sus repercusiones, aunque destacando el carácter efímero de las reformas surgidas en torno al mismo. Finalmente, se insiste en la necesidad de analizar cada uno de los modelos asistenciales en función de las circunstancias específicas de cada época.

Palabras clave: Armada, Sanidad Naval, Real Colegio de Cirugía de Cádiz

ABSTRACT

This article analyses the characteristics of the Spanish Navy's Health Care System by dividing them in two well-differentiated time periods: on the one hand, the 16th and 17th centuries; and on the other, the beginning of the 18th century, following the establishment of the Bourbon dynasty.

The medical attendance of the crews, the therapeutic resources, and the functioning of general and ship hospitals, on the occasion of certain military journeys, are some examples of the many aspects studied for each period. It is worth highlighting the foundation of the Royal College of Naval Surgeons of Cádiz (*Real Colegio de Cirugía de la Armada en Cádiz*) and its consequences, although the reforms undertaken were of a rather ephemeral nature.

Finally, the emphasis is put on the need to consider every health care model according to the specific circumstances of each time period.

Keywords: Navy, Naval Health Care System, Royal College of Naval Surgeons of Cádiz

Las especiales circunstancias de la vida a bordo y las trágicas consecuencias de los enfrentamientos navales hicieron aconsejable que, desde la más remota antigüedad, hubiera dispositivos asistenciales orientados a paliar el dolor y el sufrimiento de enfermos y heridos, tanto por razones humanitarias como para mantener la moral del resto de la dotación¹.

¹ Es un hecho constatado que el combatiente valora, en gran medida, la posibilidad de ser atendido en el menor tiempo posible y su capacidad combativa puede verse afectada por las bajas que se producen en su entorno. Las normas actuales que intentan establecer un tiempo máximo para la evacuación de los heridos o medidas tan conocidas como la utilización de pintura roja en los antiguos buques responden a esa necesidad.

Los hombres que navegan a bordo de un buque de combate son conscientes de que, junto a los peligros propios de la navegación, deben enfrentarse a las consecuencias de un combate con sus propios recursos, ya que, en la mayoría de las ocasiones, las posibilidades de recibir ayuda o de evacuar las bajas, inmediatamente, son antiguas.

Todos los tratados de Sanidad Naval incluyen referencias sobre la presencia de profesionales sanitarios embarcados desde épocas remotas. En la mayoría de los casos están basadas en testimonios epigráficos o en especulaciones derivadas del propio nombre de determinadas unidades navales². En España, un país de dilatada tradición marítima, la existencia de una organización para la atención sanitaria a bordo puede constatarse desde época medieval, aunque los conocimientos disponibles sobre sus características siguen siendo incompletos³. De hecho, hasta hace muy poco tiempo, era habitual considerar la creación, a mediados del siglo XVIII, del Real Colegio de Cirujanos de la Armada como punto de partida de la Sanidad Naval. En los meritorios trabajos publicados se incluían, tan sólo, algunos datos sobre las etapas anteriores, entre los que se ponía especial énfasis en los aspectos más negativos de la vida a bordo⁴. Afortunadamente, el estudio de los fondos documentales conservados en los archivos españoles ha permitido que, poco a poco, podamos ir configurando una nueva visión de la asistencia sanitaria a las dotaciones de nuestros buques que, todavía, dista mucho de ser completa.

² G. MIRRA: *Medicina Navale*, Padova, 1962, y W. H. GOETHER: *Handbook of Nautical Medicine*, Heidelberg, 1984, entre otros, sugieren la posibilidad de que una nave llamada *Therapia* cumpliera funciones asistenciales durante las guerras del Peloponeso. Por otra parte, el hecho de que, entre las dos “pretoriae” en que se dividía la flota romana reorganizada por Augusto, hubiera buques con nombres tan significativos como la trirreme *Asclepius* y la liburna *Aesculapius*, entre los que tenían su base en Miseno; u otra trirreme con el mismo nombre de *Aesculapius* entre las que operaban desde Clase, les inclina a pensar que pudieran tener cometidos sanitarios.

³ La obra clásica sobre la Sanidad Naval española es la de S. CLAVIJO Y CLAVIJO: *Historia del Cuerpo de Sanidad de la Armada (Génesis; perspectiva de siglos; ruta de libertad; sus celebridades)*, San Fernando, 1925. En 1989, la Universidad Complutense editó el libro de J. E. NOVO LÓPEZ: *Evolución histórica de la Medicina Naval*, que era una breve síntesis de los trabajos, hasta entonces, disponibles. Mayor interés tiene la obra de J. M. MASSONS: *Historia de la Sanidad Militar Española*, Barcelona, 1994, en la que en sus cuatro volúmenes incluye, también, numerosas referencias a la Sanidad Naval. Por otra parte, en 1990 y bajo el patrocinio de la E.N. Bazán publiqué *La Sanidad Naval Española. Historia y evolución* que, por tratarse de una edición no venal, es de difícil consulta. Entre las obras posteriores debe resaltarse la de M. ASTRAIN GALLART: *Barberos, cirujanos y gente de mar. La Sanidad Naval y la profesión quirúrgica en la España Ilustrada*, Ministerio de Defensa, Madrid, 1996.

⁴ La visión que tenemos de las condiciones de vida en las galeras que, sin ninguna duda, distaba mucho de ser confortable, ha estado influenciada por la obra que en 1539 publicó en Valladolid el obispo de Mondoñedo D. Antonio de Guevara. Su *Arte de marear, y de los inventores della: con muchos avisos para los que navegan en ella*, obtuvo gran éxito entre nosotros, tras ser reproducida por C. FERNÁNDEZ DURO, en el volumen de sus *Disquisiciones náuticas* que trata, precisamente, de “La mar vista por los mareados”. A pesar de su tono humorístico, no deja de ser la visión de un hombre de tierra adentro.

Algo parecido ha sucedido con la Sanidad Naval de esta etapa histórica y autores de tanto prestigio como el propio Marañón –que la abordó en una conferencia pronunciada con motivo del IV Centenario de Lepanto– presentaron a los cirujanos como hombres de escasos recursos que intentaban hacer frente, dentro de sus limitadas posibilidades, a los problemas sanitarios de unos forzados que eran tratados con una crueldad que, en ocasiones, podía ser calificada de sadismo.

LA SANIDAD NAVAL EN EL SIGLO XVI

A comienzos del siglo XVI, el buque de combate por excelencia seguía siendo la galera, impulsada por el esfuerzo de sus remeros que, hasta 1530, fueron voluntarios y desempeñaban este cometido a cambio de una retribución. La dureza de este trabajo y el incremento del número de galeras obligó a introducir “forzados” o condenados por los diferentes tribunales a servir al Rey “al remo y sin sueldo”. Con ellos coexistían, formando parte de la chusma, los esclavos capturados y los voluntarios o “buenas boyas” que nunca desaparecieron del todo.

El forzado permanecía herrado, mediante una “manilla” o “calceta”, a una cadena o “ramal” firme en el costado del buque, con la que se mantenía unido a sus compañeros de banco. Su vida transcurría, de esta forma, en esa cámara de boga cuyas dimensiones eran de unos 30 metros de eslora por 8 de manga, abierta a todas las inclemencias derivadas del tiempo y de la mar, salvo la escasa protección que podía proporcionarles un toldo o “tienda” que la cubría durante las estancias en puerto.

En estas condiciones, escasos de ropa y con una ración compuesta por agua, bizcocho y la tradicional menestra⁵ que, en determinadas festividades, se completaba con una pequeña cantidad de carne, la vida era considerablemente dura y muy escasas las posibilidades de supervivencia de quienes recibían este tipo de condena, que muchos interpretaban como una condena a muerte, aunque he podido documentar casos de supervivencia asombrosa con más de 40 años embarcados. Por otra parte, la existencia de castigos físicos era algo habitual y, en ocasiones, en extremo duros, pero su aplicación se circunscribía a los casos de rebeldía o constante indisciplina. Si tenemos en cuenta que todas las posibilidades operativas de las galeras estaban basadas en la capacidad de mantener la boga durante un determinado tiempo⁶, es lógico que se considerara imprescindible cuidar la salud de unos remeros que era muy difícil reemplazar, castigando severamente a quienes les ocasionaran un daño innecesario, sobre todo cuando del mismo se derivaba la inutilidad para el servicio.

Las *Ordinaciones* que, en la Corona de Aragón⁷, regulaban la vida de estas unidades, establecían la obligación de que, en cada galera, embarcara médico o cirujano con las “herramientas de su oficio”, pensando tanto en el cuidado de la gente de mar y guerra como en el de la chusma.

Todas las galeras del XVI contaban con un barbero que, junto a sus cometidos estrictamente sanitarios, se encargaba de rapar a navaja el pelo y las barbas de los remeros, auxiliado por algunos “barberotes”, que solían ser esclavos o forzados

⁵ Con el nombre de “menestra” se designaban los potajes de legumbres que constituían la ración básica de la gente de mar. La menestra habitual estaba formada por habas o garbanzos, aunque existía la llamada “menestra fina” integrada por arroz que no se repartía a los forzados.

⁶ Lo habitual era remar por “cuarteles”. Para ello se dividía la palamenta en tres trozos o cuarteles que bogaban alternativamente. Tan sólo en circunstancias excepcionales de caza o huida se remaba “calando toda la palamenta” y se podían alcanzar los 7 nudos durante unos 30 minutos, bajando después a 4 nudos, sin que de esta forma se pudiesen superar las dos horas, que era el tiempo máximo que la chusma podía aguantar este esfuerzo.

⁷ Así, por ejemplo, en las *Ordinacions sobre lo feyt de la mar* redactadas por Bernat de Cabrera, en tiempos de Pedro IV.

“distinguidos”. Era frecuente también la presencia de cirujanos y, en la cala, había un espacio reservado para enfermería con un pequeño cubículo anexo para estibar la botica, donde se atendía a marineros y soldados, ya que los forzados recibían los cuidados precisos en el propio banco, unidos a sus cadenas.

La presencia de médicos embarcados está documentada cuando las galeras se integraban formando una unidad orgánica superior y, por otra parte, existían los cargos de Protomédico, Cirujano Mayor y Boticario de las Galeras de España con funciones perfectamente delimitadas, dentro de una eficiente estructura asistencial que debe ser considerada mucho más completa de la que solía haber en cualquiera de los pueblos y ciudades de la época.

En puerto, la atención sanitaria estaba orientada al cuidado de los forzados, pues el resto de la dotación era atendido en los hospitales, aunque también he podido documentar algunos casos de remeros ingresados en centros asistenciales⁸. Sin embargo, no era lo habitual sino que –como he señalado– los forzados enfermos continuaban herrados a su banco y, únicamente cuando se desencadenaba una grave epidemia, se solía acondicionar una galera como hospital y en ella se concentraba a todos los afectados para limitar su propagación.

En la mar, todo el dispositivo asistencial quedaba subordinado a las necesidades del combate. El cirujano se instalaba en la enfermería, con el capellán y “dos hombres de los que menos importaren para la pelea”, provisto de “su brasero de fuego y sus herramientas, estopa, huevos, trementina y paños de lienzo”⁹, una práctica habitual en la historia de las galeras, pues ya en 1385 el Regiment de Princeps establecía que “*cuando las galeras se embistan, el cirujano y su ayudante deberán hallarse bajo cubierta para auxilio de los heridos, con la estopa, vendas y herramientas para arrancar viratones*”¹⁰.

Cuando los buques redondos se incorporaron a las escuadras de la Monarquía, se reprodujo en ellos la organización sanitaria de las galeras, especialmente cuando los galeones comenzaron a adquirir un protagonismo singular como unidades de combate. Por otra parte, las navegaciones oceánicas obligaron a dotar de una infraestructura sanitaria a todas las expediciones que partían para descubrir nuevas tierras¹¹ y, con posterioridad, a los barcos que se integraban en la Carrera de Indias.

⁸ Así sucedió en el hospital creado en Blavet (Bretaña) para atender a las fuerzas del tercio de D. Juan del Águila, enviado a aquellas tierras, en 1590, para apoyar a los católicos franceses. Entre los registros de aquel hospital, conservados en el Archivo General de Simancas, aparecen forzados de las galeras destacadas en aquellas aguas, al mando de D. Diego Brochero. Curiosamente, algunos de estos hombres aparecen entre los huidos meses después, tras sublevarse, lo que demuestra que lograron la curación durante su estancia en el hospital, lo que nos induce a pensar que su ingreso no fue provocado por procesos terminales.

⁹ F. F. OLESA MUNDO: *La galera en la navegación y el combate*, Madrid, 1971, p. 223.

¹⁰ El franciscano Francesc Eximenis redactó, en 1385, su *Regiment de Princeps e de Comunitats*, del que se hicieron un siglo después varias ediciones.

¹¹ La procedencia y cualificación de estos profesionales era muy variada. Junto a hombre de tanto prestigio como el Médico de Cámara Diego Álvarez Chanca que acompañó a Colón en su segundo viaje, podemos encontrar casos como el de la expedición organizada por Álvaro de Mendaña en busca de las islas Salomón, en la que el cuidado sanitario de sus hombres fue encomendado a un esclavo negro que, al parecer, tenía cierta maña en estos menesteres, auxiliado por un marinero de edad avanzada que dio muestras de su bondad y resignación durante toda aquella terrible navegación.

Pero las numerosas campañas que la Monarquía emprendió a lo largo de todo el siglo XVI, utilizando sus recursos navales, obligaron a redefinir los planteamientos sanitarios para hacer frente a las necesidades de las dotaciones de los buques participantes y, sobre todo, de la infantería que transportaban. De esta forma, se organizaron hospitales embarcados que, en realidad, no eran una novedad, pues su uso había sido habitual en todas las expediciones que la Corona de Aragón llevó a cabo, en aguas del Mediterráneo, durante la Edad Media.

LOS HOSPITALES REALES DEL EJÉRCITO Y ARMADA EN EL SIGLO XVI

Recientemente¹² me he ocupado de estos hospitales de campaña embarcados que empezamos a conocer con precisión a raíz de los trabajos patrocinados por el Instituto de Historia y Cultura Naval con motivo del Centenario de la Gran Armada de 1588¹³. Poco a poco, han ido surgiendo numerosos datos sobre todos aquellos hospitales creados en la segunda mitad del siglo XVI, vinculados a las actividades navales de la Monarquía, aunque todavía ignoramos casi todo sobre otros que fueron creados con motivo de Jornadas tan destacadas como la de Túnez o la de Lepanto. Por cierto, en la primera de ellas se hallaron 4.000 mujeres o “enamoradas”, a pesar de las instrucciones dadas por Carlos V para impedirlo. La presencia de mujeres en las galeras era algo habitual¹⁴ y, entre los honorarios del Protomédico, figuraba una cierta cantidad por supervisar la atención de los cirujanos a “*las mujeres que solía haber en las dichas galeras*”¹⁵.

Pero lo más importante es la constatación de que esta organización no era algo improvisado, sino que respondía a una práctica habitual desde el siglo XIII. La conquista de Mallorca en 1229, el asedio de Almería en 1310, la ocupación de Cerdeña en 1323, la de Sicilia y otras muchas acciones navales de los monarcas aragoneses contaron con un importante componente sanitario cuyas características precisas seguimos sin conocer. En cualquier caso, no puede mantenerse la afirmación, hasta ahora habitual, de que los primeros hospitales de campaña españoles surgieron durante el reinado de los Reyes Católicos¹⁶.

¹² M. GRACIA RIVAS: “Los Hospitales Reales del Ejército y Armada en las campañas militares del siglo XVI”. Ponencia presentada al Congreso de Historia Militar. Fundación Carolina y C.S.I.C. Madrid, 2005 (en prensa).

¹³ Una de las obras editadas en el marco de estos trabajos fue, precisamente, *La Sanidad en la Jornada de Inglaterra (1587-1588)*, en la que incluí amplias referencias sobre los distintos hospitales creados durante esos años para atender a las fuerzas embarcadas.

¹⁴ Esta cuestión, que suele ser eludida, plantea algunos interrogantes sobre sus actividades a bordo y sobre los destinatarios de sus “cuidados” en puerto, que podrían ser los propios forzosos.

¹⁵ Archivo General de Simancas. Guerra Antigua. Leg. 312, nº 254. En adelante AGS.

¹⁶ Los historiadores militares han venido afirmando que el primer hospital de campaña se instaló durante el sitio de Toro, en 1476. Posteriormente, señalan la existencia de otros en las acciones más importantes de la Guerra de Granada. Que existieron estos hospitales es un hecho indudable, pero no fueron los primeros ni, probablemente, se debieron a la iniciativa de la Reina Isabel que, sin embargo, colaboró activamente en su mantenimiento.

Los hospitales embarcados durante el siglo XVI eran formaciones muy complejas que sorprenden por el elevado número de personas que constituían su plantilla y por los recursos con que contaban para la atención de enfermos y heridos. Designados como “Hospitales Reales del Ejército y Armada, estaban concebidos para ser desplegados en tierra, en edificios requisados o en las tiendas con las que estaban dotados. En algunas ocasiones, se llegó a diseñar un hospital “bello y portátil” como era definido el correspondiente a un proyecto que presentó el clérigo Juan Antonio Monteflor para la Jornada de Trípoli de 1560, y cuyas sencillas trazas se conservan en Simancas¹⁷.

Por este motivo, los barcos que los transportaban, generalmente las llamadas “urcas del hospital”, no tenían capacidad para recibir bajas, ya que no eran buques hospitales en sentido estricto, sino lo que hoy denominaríamos buques de transporte sanitario. Uno de los grandes problemas que planteaban era que, al demorarse o separarse del grueso de la Armada por su escaso andar, podían privar del apoyo imprescindible en el momento del desembarco. Así sucedió con *La Anunciada*, una nao de Ragusa en la que iba embarcado el hospital para la Jornada de las Azores de 1582, al verse forzada a retornar a Lisboa, privando de atención a los numerosos heridos que se produjeron en el enfrentamiento con la escuadra francesa.

En la Jornada de Inglaterra, el hospital se embarcó en dos urcas y una de ellas, la *Casa de Paz Grande*, terminó naufragando en Laredo, tras sufrir las consecuencias del temporal al que se enfrentó la Armada frente a las costas gallegas. La otra, la *San Pedro el Mayor*, se perdió durante el viaje de retorno, sufriendo cautividad el personal sanitario que viajaba en ella.

De la importancia de estos hospitales embarcados nos da idea el hecho de que contaran con todo el material necesario para habilitar desde las 2.000 camas del proyectado por el marqués de Santa Cruz para la Jornada de Inglaterra, a las 500 que realmente llegó a embarcar el duque de Medina Sidonia¹⁸, o las 100 o 200 habituales en la mayor parte de ellas. Cuando hablamos de camas nos estamos refiriendo a lechos dispuestos sobre un tarima corrida, fabricada con las tablas que eran transportadas a bordo. Cada uno de ellos disponía de un jergón de anejo relleno de paja, un cabezal de las mismas características, una o dos frazadas, y dos sábanas. Había además un pequeño número de camas individuales, encordeladas, con jergones y cabezales de lana que se destinaban a los oficiales de rango intermedio, ya que los de mayor nivel siempre eran atendidos en sus alojamientos.

Para su equipamiento se incluían algunas mesas y sillas, las bacinillas y orinales precisos para los enfermos, el menaje necesario para la preparación y distribución de las comidas y, también, todo lo necesario para la celebración del Santo Sacrificio de la Misa que solía incluirse en el cargo del hospital. La plantilla habitual de un hospital de estas características oscilaba entre las 30 y las 50 personas, aunque

¹⁷ AGS. Estado. Leg. 1124, nº 60.

¹⁸ Esta discrepancia entre ambas cifras se debe a la diferencia entre el número de personas que hubieran embarcado según el proyecto de D. Álvaro de Bazán, basado en el transporte de toda la infantería desde Lisboa, y las que finalmente lo hicieron en la Gran Armada cuya misión era obtener el dominio del mar durante el tiempo necesario para permitir el paso de los tercios desde Flandes a Inglaterra.

en las grandes ocasiones, como la Jornada de Inglaterra, llegaba a las 100. Estamos hablando, por lo tanto, de cifras muy importantes y de una organización con cometidos específicos y muy bien definidos para cada una de esas personas.

Al frente de todos estaba el Administrador General del Hospital que era nombrado por el monarca entre clérigos de reconocido prestigio. La aparente paradoja de que un hospital estuviera gobernado por un eclesiástico respondía a la propia concepción del hospital como un centro asistencial en el que se facilitaba atención al cuerpo pero, también, al alma. De ahí que, inmediatamente después de su ingreso, se sugiriera a los pacientes la conveniencia de reconciliarse con el sacramento de la Penitencia, insistiendo cuantas veces fuera necesario, llegando a amenazar a los más contumaces con interrumpir la asistencia médica hasta que no recibieran los Sacramentos.

Del Administrador General dependían todas las personas que integraban la plantilla del hospital y también los capellanes del Ejército y de la Armada embarcados, por lo que se procuraba dotarle de jurisdicción exenta, una cuestión en modo alguno baladí, pues podían presentarse problemas cuando la fuerza expedicionaria operaba en lugares en los que no se contaba con la aquiescencia de los correspondientes Ordinarios.

La asistencia a los enfermos estaba encomendada al personal sanitario, entre el que se encontraban representadas distintas profesiones de formación y cometidos diferentes. El nivel superior correspondía a los médicos, coordinados por un Protomédico que, en la actualidad, podría ser considerado el Director Facultativo del hospital. Seguían los cirujanos que, en aquellos momentos, tenían una consideración social muy inferior a los médicos y se encargaban del tratamiento de las heridas y de una serie de intervenciones quirúrgicas realizadas con la ayuda de sus “platicantes” o ayudantes de cirujano. El nivel inferior correspondía a los barberos, unos profesionales que, como ocurría en el ámbito rural hasta hace muy pocos años, compaginaban su actividad sanitaria con el afeitado y cuidado del cabello.

La atención directa de las personas hospitalizadas estaba encomendada a los enfermeros, coordinador por un enfermero mayor que supervisaba el estado de las salas, el reparto de las comidas y el cumplimiento de los tratamientos prescritos. Finalmente, todos los hospitales contaban con uno o varios boticarios que, con sus ayudantes, preparaban los medicamentos prescritos, en sus distintas presentaciones, una tarea de cierta complejidad que requería experiencia y preparación técnica.

Con el nombre de “oficiales del hospital” se conocía a otro conjunto de personas que tenían a su cargo las tareas administrativas y de apoyo a la función sanitaria. Al frente de ellos estaba el mayordomo que se ocupaba de los asuntos económicos, bajo la fiscalización de un veedor. Un cometido fundamental era el del escribano que asentaba los ingresos y las altas, tomaba nota de los tratamientos y dietas que señalaban los médicos, y daba fe de los testamentos otorgados por los pacientes. No faltaba un comprador encargado de la adquisición de los efectos necesarios; un dispensero que custodiaba lo que le entregaba el comprador; un guardarrropa que se hacía cargo de la ropa precisa para las camas y de la que depositaban los enfermos en el momento de su ingreso; un dietero y un botiller que cuidaban de los alimentos sólidos y líquidos; un tinelero para todo lo relacionado con el reparto

de la comida; y por supuesto, un cocinero encargado de su preparación con la cooperación de varios ayudantes. Había también un portero para la recepción de bajas; un alguacil encargado de mantener el orden; varias lavanderas; un sacristán que facilitaba la labor de los capellanes; y, en muchas ocasiones, un sepulturero.

Acabo de hacer referencia a los capellanes, pero ello no significa que su cometido fuera intrascendente, pues a ellos les estaba encomendada la asistencia espiritual a los enfermos, dando prioridad a la administración de los sacramentos. Celebraban misa los días festivos en el recinto del hospital y, periódicamente, impartían charlas a los ingresados. Además, la Iglesia estaba representada por los miembros de dos órdenes hospitalarias que fueron creadas en nuestra península, en el siglo XVI. Me estoy refiriendo a los hermanos mínimos creados por Bernardino de Obregón y a los hermanos del hospital que fundó San Juan de Dios. Se incorporaron a los hospitales embarcados tardíamente, pero causaron una favorable impresión por su abnegación, su permanente dedicación al cuidado de los enfermos, y porque se contentaban con una retribución insignificante. Poco a poco, su presencia adquirió mayor relieve, como veremos más adelante, y llegó a convertirse en una alternativa a todas estas estructuras sanitarias que estamos comentando.

No podemos dejar de comentar los procedimientos terapéuticos utilizados que, desde el punto de vista médico, descansaban en los dos pilares básicos de la época: Medicamentos y Dieta. Los primeros eran prescritos en las presentaciones habituales que, ahora, pueden sorprendernos: Electuarios, píldoras, trociscos, jarabes, ungüentos, aceites, aguas, emplastos, polvos, conservas y, por supuesto, hierbas y simples a partir de los cuales se elaboraban los anteriores. En el siglo XVI no se había establecido lo que, ahora, llamaríamos el cargo de medicamentos específico para cada buque ni para el hospital. Solían adquirirse a un boticario civil, de acuerdo con el criterio de los profesionales que iban a utilizarlos, bajo la supervisión del Protomédico que era quien se responsabilizaba de su calidad y de su estado en el momento de la recepción. Para facilitar su uso solían comprarse ya elaborados y convenientemente estibados, para evitar que los envases se rompieran como consecuencia de los rigores de la navegación. No obstante, el boticario de la Armada contaba con el material necesario para preparar las formulaciones que le solicitaban. Cuando se percataron los problemas que planteaba el concentrar la botica en una sola nave, se introdujo la costumbre de dividirla en una serie de cajas que se repartían en varios buques, lo que, por otra parte, facilitaba su uso durante la navegación. Tampoco era la solución óptima, pues los responsables del hospital se quejaban de que, de esta manera, era imposible controlar algo tan sensible como los recursos terapéuticos. Por eso, fue preciso distinguir más adelante entre el cargo propio de cada buque y el destinado al hospital.

Con el nombre de “dietas” se denominaban los alimentos embarcados para su utilización por los enfermos y nada tenían que ver con los que constituían la “ración” habitual a bordo de los buques. Un marinero se alimentaba con la menestra de habas o garbanzos, un trozo de tocino o tasajo que era sustituido por pescado o queso en los días de abstinencia, el tradicional bizcocho de los barcos, y un tercio de azumbre de vino; todo ello distribuido en dos comidas. Por el contrario, en las dietas había gallinas, carneros, huevos, azúcar, frutos secos, pasas, confituras, dul-

ces y una larga serie de alimentos especialmente apetitosos para los usos de la época, con los que se intentaba recuperar a los enfermos dentro de unos planteamientos médicos en los que la Dietética ocupaba un lugar destacado.

Esta rápida visión nos permite comprobar que la asistencia sanitaria en el ámbito naval alcanzaba niveles de calidad muy elevados y, desde luego, superiores a los que podían tener acceso, en sus lugares de origen, toda esa serie de personas que integraban las dotaciones de los barcos y las unidades de infantería embarcadas. Por otra parte, los profesionales sanitarios aunque no estaban vinculados de manera permanente al ámbito naval, eran escogidos para cada ocasión entre aquellos solicitantes que acreditaban alguna experiencia de embarque y, al frente de todos ellos, hubo siempre médicos muy competentes designados, en muchas ocasiones, por el propio monarca. Lo mismo podemos decir de los cirujanos y, de hecho, en el medio castrense se formaron los hombres que ocuparon lugares de privilegio en la Cirugía de la época.

LA CRISIS DE UN SISTEMA

Esta organización sanitaria a bordo de los buques no sólo se mantuvo a lo largo de los siglos XVI y XVII, sino que aparece regulada en las *Ordenanzas que para el gobierno de la Armada Real* fueron dictadas en 1633. En ellas se resalta la importancia de constituir hospitales en los puertos donde se reunían Armadas y Ejércitos y, de hecho, durante esos años fueron surgiendo los primeros hospitales de carácter permanente que coexistieron con los hospitales de campaña embarcados para las acciones marítimas más importantes. Así, durante la guerra con Francia, tenemos constancia de la instalación en Mahón del hospital que viajaba en la escuadra que, al mando del duque de Ciudad Real, operaba en el Mediterráneo el año 1642. Para acogerlo se ocuparon dos casas grandes en las que fueron acomodados los 650 heridos y enfermos que iban en los barcos. Al frente de ese hospital hubo, como era habitual, un Administrador General del que dependía el Protomédico, los cirujanos y todo el personal que formaba parte de su plantilla.

Es preciso destacar, sin embargo, un hecho que estaba llamado a tener gran trascendencia en el futuro: El creciente protagonismo adquirido por los hermanos de San Juan de Dios. Hemos visto que, desde el momento de su fundación, proyectaron su labor asistencial en el ámbito marítimo, así como el impacto que tuvo su actuación. La consolidación de la Orden y el crecimiento espectacular que adquirió muy pronto propiciaron el que se recurriera a ellos para la gestión de los nuevos hospitales. En 1598, les fue encomendado el hospital de galeras del Puerto de Santa María y, posteriormente, el hospital que, en Cartagena, sustituyó al de galeras cuando pasaron a invernar en aquel puerto. Lo mismo sucedió con otros centros hospitalarios creados en la península y en tierras americanas.

También llegó a ser frecuente que los cometidos sanitarios a bordo de los galeones de la Carrera de Indias y de otras unidades estuviera a cargo de un hermano de San Juan de Dios que actuaba como enfermero disponiendo de las dietas y medicinas embarcadas. La Orden procuró formar a cirujanos titulados que ocuparon pue-

tos relevantes, dándose el caso de que, cuando en 1708, se creó la plaza de Cirujano Mayor de la Armada, la primera persona designada para desempeñarla fuera precisamente Ambrosio de Guiveville que, además, de miembro de la Orden de San Juan de Dios, era francés lo que también influyó en su nombramiento.

Clavijo que, además de estudiar la historia de la sanidad naval, trabajó muchos investigando esta relación entre la Armada y los hermanos de San Juan de Dios, puso de manifiesto los aspectos más positivos de su aportación¹⁹. La Orden desempeñó un papel muy importante, supliendo los problemas de personal que, cada vez, se fueron haciendo más acuciantes. La mentalidad española fue cambiando a lo largo del siglo XVII y atrás quedaron los recuerdos de las gestas heroicas y el interés por embarcar en unos buques que nunca se rehicieron después de la trágica jornada de las Dunas. Por otra parte, era mucho más cómodo concertar con la Orden las retribuciones por las estancias causadas en los hospitales que mantener la compleja estructura necesaria para su normal funcionamiento.

Pero el sistema fue entrando en crisis de manera paulatina. Existe constancia de muchas quejas formuladas por los responsables de la Armada sobre la atención recibida en estos centros asistenciales y hubo quienes exigieron reformas drásticas e, incluso, aconsejaron prescindir de ellos. El propio Virgili, en una exposición dirigida el 7 de junio de 1750, relataba sus pasadas experiencias en los hospitales de ultramar y era muy crítico con los que regentaban los hermanos de San Juan de Dios a los que, según su parecer, no querían ir los marinos, prefiriendo curarse en casas particulares²⁰. Tampoco era mejor la situación a bordo de los buques en los que, cuando no embarcaba un religioso, la asistencia sanitaria quedaba encomendada a modestos barberos. La inquietud que todo ello provocaba fue determinante a la hora de plantear la necesidad de una reforma radical que fue acometida por la nueva dinastía, a comienzos del siglo XVIII.

UN CAMBIO ESPECTACULAR EN LOS PLANTEAMIENTOS ASISTENCIALES

Es muy significativo el hecho de que, entre las primeras preocupaciones de Felipe V, figurara el deseo de mejorar la calidad de la asistencia dispensada en las galeras de la Armada, y el propósito de sustituir a todos los barberos que ejercían en ellas por “cirujanos examinados y de inteligencia”. Se justificó esta decisión por la escasa cualificación de aquellos profesionales y por los fraudes que cometían en la utilización de las medicinas y dietas que tenían a su cargo para el cuidado de los

¹⁹ Tres fueron las obras publicadas por S. CLAVIJO sobre este tema: *La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en la Marina de Guerra de España. Presencia y nexos*, Madrid, 1950; *La obra de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en Cuba y Filipinas*, Madrid, 1950 y *Breve historia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en los Ejércitos de Mar y Tierra*, Madrid, 1950.

²⁰ Este documento sobre “los capítulos que me parecen ser convenientes para el asiento de las bajas de Medicina para el Real Servicio de los Bajajes de S.M.” fue extractado por S. CLAVIJO Y CLAVIJO (1925): *op. cit.* pp. 152-153.

enfermos²¹. La indudable rapidez con la que se adoptó esta medida y otras que le siguieron demuestra el deterioro que se había alcanzado y la necesidad de afrontar el problema.

En 1708 se creó el cargo de Cirujano Mayor de la Armada y, para ocuparlo fue designado, como hemos visto, a un religioso de origen francés, como también lo era Jean Lacombe, la persona que lo sustituyó en 1718 y que fue la responsable de una radical transformación de las estructuras sanitarias. Hay que tener presente que, a pesar de algunos reveses iniciales, las actividades navales de la Monarquía iban adquiriendo un protagonismo creciente y la nueva Armada Real se consolidaba como uno de los principales instrumentos de su política exterior.

Patiño había sentado las bases de la nueva organización sanitaria en su Instrucción de 16 de junio de 1717 y había sido el impulsor de la contratación de nuevos cirujanos puestos bajo la dependencia del Cirujano Mayor de la Armada que, poco a poco, fue asumiendo nuevas competencias en detrimento del Protomédico de la Armada. Este proyecto de renovación impulsado por Lacomba, con el apoyo del Intendente General, sigue causando sorpresa y despertando numerosos interrogantes. La base fundamental del mismo fue encomendar la atención sanitaria del personal embarcado a los cirujanos que, a partir de 1728, se integraron en un Cuerpo específico que, poco a poco, consolidó su prestigio y su estatus social dentro de la Armada.

Llama poderosamente la atención el hecho de que la reforma fuera protagonizada por los cirujanos, relegando por completo a los médicos que, hasta ese momento, habían ocupado la cúspide de la organización sanitaria. De hecho, cuando alguno de los médicos supervivientes intentó embarcar, se les prohibió expresamente alegando que en los barcos no hacían falta.

El propio Protomédico de la Armada D. Juan Sánchez Bernal²² intervino en la polémica, haciendo valer sus muchos años de servicio, para señalar que, aún siendo frecuentes las heridas a bordo, mucho más lo eran las enfermedades de muy diversa etiología que se presentaban en el transcurso de las navegaciones, pero el marqués de la Ensenada se puso decididamente a favor de Lacomba y de los cirujanos, mostrándose partidarios de “fomentar y florecer en la Armada” su presencia, “por serle más peculiar el conocimiento de su habilidad, suficiencia y aplicación, así en teoría como en práctica, que no a ningún médico, pues el más docto carece de lo experimental”²³.

Que esta fuera la opinión de Lacomba y de su sucesor Virgili puede ser razonable, ya que ambos eran cirujanos y, probablemente, obraban impulsados por motivos corporativistas. Pero que Ensenada se decantara de forma tan tajante hacia sus posiciones resulta más difícil de entender. En cualquier caso, estaba asumiendo riesgos importantes frente a las argumentaciones de los médicos que no se circunscribían al

²¹ En esta disposición que lleva fecha de 13 de septiembre de 1703 se hace mención expresa a “la poca práctica y experiencia de los barberos actuales”, así como a “los excesos y fraudes que cometen”.

²² Este puesto fue el único que se mantuvo para los médicos, hasta que se fusionó con el de Cirujano Mayor en 1791. Sánchez Bernal había sido nombrado en 1729.

²³ R.O. de 7 de octubre de 1737. Archivo General de Marina. Sanidad de la Armada. Leg. 2938.

ámbito de la Armada, sino que, como luego veremos, afectaban a la coexistencia de ambas profesiones. Porque, a partir de esta reforma introducida en la Armada, lo que se puso en marcha fue, en realidad, un profundo cambio en la forma de entender la actuación del cirujano.

Para ello fue preciso crear una institución docente auténticamente innovadora: El Real Colegio de Cirugía de la Armada de Cádiz²⁴. El mérito de su puesta en marcha correspondió a Pedro Virgili, un cirujano catalán procedente del Ejército, que sucedió a Lacomba en el puesto de Cirujano Mayor de la Armada. Era evidente que no bastaba con crear un Cuerpo de Cirujanos; se requería nutrirlo con profesionales muy bien preparados que pudieran asumir, en solitario, el reto que representaba el ejercicio profesional en un medio tan hostil y problemático como era, y sigue siendo, el ámbito marítimo.

Para dar respuesta adecuada al mismo se creó el Colegio de Cádiz donde, en régimen de internado, se formaron sucesivas promociones de nuevos cirujanos. Sin embargo, muy pronto pudo comprobarse que la enseñanza que allí se impartía no se circunscribía a materias quirúrgicas, sino que abarcaba disciplinas propiamente médicos, junto a otras de índole experimental en la línea de renovación científica que estaban viviendo las universidades europeas, donde eran enviados, para completar su formación, los alumnos más aventajados del colegio gaditano. De hecho, cuando la primera promoción fue enviada a Leyden, en 1751, se pretendía que se formaran como médicos y allí permanecieron cuatro años, terminando sus estudios en Bolonia, donde se graduaron como “Doctores en Medicina”.

Otros alumnos fueron a París para cursar asignaturas tan alejadas de la Cirugía como “Botánica y Materia Médica” o “Enfermedades de las Mujeres, Partos y Niños”, lo que provocó los lógicos recelos entre los médicos que, no sin cierta ironía, mostraban su sorpresa por este programa formativo ajeno a los intereses de la Armada ya que, como señalaban, en ella “no hay mujeres ni niños”.

Los trabajos publicados sobre el Real Colegio de Cádiz han destacado acertadamente la importancia que tuvo el hecho de que, en sus aulas, se produjera por vez primera la unión de las enseñanzas de Medicina y de Cirugía²⁵, resaltando la circunstancia de que fuera en una institución vinculada a la Armada donde se iniciara esta experiencia llamada a consolidarse en el futuro. A pesar de ello, me he preguntado muchas veces si la Armada fue el motor o la excusa y, por el momento, sigo creyendo que quienes impulsaron esta reforma supieron ganarse el favor de las

²⁴ D. FERRER: *Historia del Real Colegio de Cirugía de la Armada de Cádiz*, Colegio Oficial de Médicos, Cádiz, 1961. Reeditada posteriormente, es la obra de referencia, aunque se han publicado muchos otros trabajos sobre esta institución de la que siguen faltando estudios actualizados.

²⁵ Hubo varios intentos para conseguir que el Colegio se limitara a enseñar exclusivamente Cirugía. Pero el innovador cambio que allí se produjo terminó dando lugar, a comienzos del siglo XIX, a las nuevas Facultades de Medicina y Cirugía que todavía perviven en las universidades españolas, tras el abandono del sistema de formación de médicos que había estado vigente desde la Edad Media. Por ello, podemos afirmar que los médicos actuales no somos herederos de quienes ejercieron la profesión hasta el siglo XVIII, sino de una “clase” inferior, los cirujanos que, en un determinado momento histórico, iniciaron en el seno de la Armada este experimento de completar su formación con otras materias, hasta entonces reservadas a quienes ocupaban el más alto nivel del ejercicio profesional, los médicos.

autoridades aprovechando hábilmente el proceso de renovación que se estaba viviendo en aquella Armada en expansión de mediados del siglo XVIII.

Ni Lacomba, ni mucho menos Virgili, fueron hombres de mentalidad naval y, de hecho, éste último abandonó para siempre la Armada tras diez años de esfuerzos para poner en marcha el Colegio de Cádiz. Basta recordar que el Real Colegio de Cirujanos de la Armada se creó en 1748 y en 1758 Virgili abandonó para siempre Cádiz, al ser nombrado Cirujano de Cámara por Fernando VI. Siguió manteniendo la dirección de la institución que había creado, hacia la que tuvo algunos gestos simbólicos, pero nunca regresó a tierras andaluzas. Por el contrario, en 1760, obtuvo la preceptiva autorización para fundar un nuevo Colegio. Radicado en Barcelona su misión sería, ahora, formar cirujanos para el Ejército. Y para ello no vaciló en llevarse consigo a los mejores profesores de Cádiz y a los alumnos más destacados, para que colaboraran con él en su nueva experiencia docente.

Lógicamente el colegio gaditano se resintió con la fuga de sus mejores hombres y sufrió, mucho más, con los intentos que, a partir de entonces, se sucedieron para unificar la normativa aplicable a todos los Colegios de Cirugía, en la que se obviaban las razones, hasta entonces esgrimidas, para justificar la singularidad de los programas docentes de un centro que, en virtud de las Ordenanzas aprobadas en 1791, fue reconocido como “Real Colegio de Medicina y Cirugía”²⁶. Resulta paradójico que quien más encono mostrara hacia Cádiz fuera uno de sus mejores alumnos, Antonio de Gimbernat, que se había trasladado como profesor a Barcelona, llamado por Virgili y, más tarde, fue el fundador del Real Colegio de Cirugía de San Carlos en Madrid.

No obstante, ni estos hechos ni las tensiones que se vivieron en el seno del propio colegio, pueden eclipsar la importancia que las reformas emprendidas tuvieron para la organización sanitaria de la Armada, en virtud de las cuales se produjo un cambio radical respecto al modelo en vigor durante los siglos anteriores y que podemos sintetizar en diferentes aspectos:

1. *Personal*

Hasta el siglo XVIII la asistencia en los buques estaba encomendada a médicos, cirujanos y barberos, reclutados para cada ocasión, aunque se valoraba su participación en campañas anteriores. Cuando se crea el Cuerpo de Cirujanos de la Armada²⁷, son sus miembros quienes, coordinador por el Cirujano Mayor, asumen con carácter exclusivo las competencias sanitarias²⁸. Todos ellos se formaban en el Real

²⁶ Fue un triunfo efímero pues, cuatro años después, estas Ordenanzas fueron abolidas y el Colegio quedó sometido a las que, en 1795, se aprobaron para el Real Colegio de Cirugía de Barcelona.

²⁷ A finales del siglo XVIII se utilizaba la expresión “Cuerpo de Profesores de la Armada”, al considerarse que sus miembros formados en un Colegio que se titulaba “de Medicina y Cirugía”, no eran ya simples cirujanos.

²⁸ En realidad, los únicos desplazados fueron los médicos, ya que en todos los buques continuaron ejerciendo barberos-sangradores que, además de encargarse del cuidado capilar, actuaban como auxiliares de los cirujanos, que solían abonar sus honorarios. Posteriormente, su situación mejoró al acogerse al fuero de la Armada.

Colegio de Cirugía de la Armada de Cádiz donde la enseñanza no se circunscribía al ámbito quirúrgico, sino que abarcaba otras disciplinas médicas. Al finalizar sus estudios eran destinados a los buques de la Armada y, cuando no existían vacantes suficientes, desempeñaban su cometido en buques de la Carrera de Indias.

La sólida preparación de estos hombres facilitó el desarrollo de actividades científicas que se dieron a conocer a través de una serie de publicaciones de especial interés en relación, sobre todo, con la Cirugía de Guerra y la Sanidad Naval.

2. Enfermerías a bordo

En todas las unidades navales construidas en el siglo XVIII había un espacio dedicado a enfermería, en torno al cual giraban las actividades sanitarias que fueron perfectamente reguladas. La visita de enfermería se realizaba dos veces al día, y todas sus incidencias debían quedar registradas en los cuadernos dispuestos al efecto.

En teoría, cada buque contaba con dos cirujanos, correspondiendo al más moderno la tarea de preparar los medicamentos. Es en esta materia donde se produce una de las modificaciones más importantes, respecto a las normas anteriores. Se crean los llamados “Estados de Medicinas” o relaciones de medicamentos que debía embarcar cada buque, en función de su porte y, por lo tanto, del número de hombres que componían su dotación. La provisión de medicinas no quedaba ya sujeta al criterio de cada ocasión, sino que tenía que ajustarse al contenido de esas relaciones que, periódicamente, eran actualizadas. Así, por ejemplo, en 1761 fueron eliminadas muchas medicinas que la experiencia había demostrado de poca utilidad pues, como señalaba el Cirujano Mayor D. Antonio Canivell, no tenía sentido embarcar remedios contra la “perlesía” o las “piedras” cuando quienes sufrían estas dolencias eran desembarcados²⁹. Por el contrario, fueron introducidos algunos que se consideraron imprescindibles como el zumo de limón y otros antiescorbúticos para las navegaciones por los mares del Sur y a China.

Además, la elaboración de los distintos preparados quedó regularizada a través del uso de Farmacopeas oficiales. La primera de ellas fue preparada por el Protomédico de la Armada D. Leandro de Vega y publicada en 1760³⁰. En 1789, D. José Salvarresa³¹ publicó un Formulario³² para uso de los médicos embarcados que vino a sustituir a la Farmacopea vigente.

²⁹ El argumento es discutible, pues podía dejar sin cobertura a los casos que se presentaran o fueran diagnosticados en el transcurso de la navegación.

³⁰ L. de VEGA: *Pharmacopea de la Armada o Real Catálogo de medicamentos pertenecientes a las enfermedades médicas, trabajado para uso de los médicos y cirujanos de la Real Armada que sirven a nuestro muy poderoso Rey de España en este Real Hospital, y en los navíos, así de guerra como marchantes*, Cádiz: En casa de Manuel Espinosa, 1760.

³¹ Salvarresa o Salvarreza procedía del Cuerpo de Cirujanos, aunque se graduó como médico y, en 1782, sustituyó a D. Leandro de Vega en el puesto de Protomédico de la Armada, ocupando después la dirección del Real Colegio de Cádiz.

³² J. SELVARRESA: *Formulario medicinal para uso de los cirujanos de la Armada durante la navegación*, Cádiz, 1789.

Respecto al instrumental, las normas variaron mucho en el transcurso del tiempo. Inicialmente, los responsables del Cuerpo de Cirujanos lograron que, por cuenta de la Hacienda Real, fueran adquiridas unas cajas de instrumental para dotar a los nuevos navíos. Traídas de Francia, estaban equipadas con el material más modernos que se fabricaba en el país vecino. Su elevado precio planteó la necesidad de sustituirlas por otras elaboradas en España, pero el resultado fue muy malo y se optó por volver a los usos del pasado, obligando a cada cirujano a embarcar con sus instrumentos personales. Así se establece en las Ordenanzas Generales de la Armada, en las que se regula la obligación de que fuera resarcidos económicamente en caso de pérdida por “incendio, naufragio u otro fracaso, o a resultas de combate o temporal”³³.

Curiosamente, en el álbum del marqués de la Victoria que se conserva en el Museo Naval aparecen minuciosamente dibujado todos los instrumentos precisos para las operaciones habituales y para otras prácticas como las de hemostasia, paracentesis e intervenciones de traumatología, urología y odontología. En la misma obra se reflejan, también, los útiles con que estaban dotadas las enfermerías y las dietas de los enfermos³⁴ que, básicamente, eran las que se venían utilizando hasta entonces.

3. Hospitales en tierra

El centro de referencia de la sanidad naval durante el siglo XVIII fue el Hospital Real de Cádiz, construido entre 1668 y 1675 para sustituir al antiguo Hospital de Galeras del Puerto de Santa María. Entre sus muros concibió Lacomba todas las reformas que llevó a cabo, y en sus salas se formaron las sucesivas promociones del nuevo Cuerpo de Cirujanos. Lugar de enseñanza, pero también de reciclaje para quienes prestaban su servicio a bordo de las barcos, pues tenían la obligación de acudir, cuando no estaban navegando, para acompañar a los profesores en su recorrido por las salas y presenciar las demostraciones anatómicas que se realizaban en el anfiteatro anexo construido en 1729.

Este modelo se reprodujo en los restantes Departamentos marítimos y, así, en 1749, se inició la construcción del Real Hospital de Antiguones en Cartagena que también reemplazó al que allí existía para atender a la gente de las galeras³⁵. Inaugurado en 1762, el nuevo hospital de Cartagena sorprendió por sus dimensiones. Proyectado por Sebastián Ferigán y Cortés³⁶, tenía capacidad para acoger a 4.000

³³ *Ordenanzas Generales de la Armada Naval de 1793*. El título 5º de su Tratado 3º está dedicado a los Médicos-Cirujanos embarcados y estas obligaciones aparecen recogidas en sus artículos 3º y 4º.

³⁴ Tanto este material como las dietas corrían por cuenta de la Hacienda Real y las recibía a cargo el cirujano más antiguo.

³⁵ Para todo lo referente a los hospitales navales es fundamental la obra ya citada de S. CLAVIJO Y CLAVIJO: *La trayectoria hospitalaria de la Armada española*, Madrid, 1944. Por otra parte, el hospital de Cartagena ha sido estudiado por J. SOLER CANTÓ: *El Hospital Militar de Marina de Cartagena*, Cartagena, 1993.

³⁶ Fue un ingeniero militar que llegó a ser Brigadier de los Reales Ejércitos y Director del Cuerpo de Ingenieros.

enfermos y junto a él se construyó, también, un anfiteatro anatómico como el que existía en Cádiz³⁷.

4. Hospitales embarcados

A pesar de la creación de todos estos hospitales permanentes, el antiguo modelo de hospitales embarcados se mantuvo, aunque el número de los que he podido documentar es menor, entre otras razones porque, aunque los enfrentamientos fueron constantes a lo largo de todo el siglo XVIII, el número de acciones en las que intervinieron fuerzas expedicionarias embarcadas fue más reducido³⁸.

La expedición que, al mando del marqués de Casa Tilly, fue enviada al Río de la Plata en 1777, contaba con un importante apoyo sanitario del que formaban parte 7 cirujanos, 71 barberos o sangradores y todo el personal subalterno³⁹. La escuadra que transportó al Ejército del duque de Crillon para la reconquista de Menorca dispuso, asimismo, de buques hospitales cuyos nombres conocemos: La fragata *San José* y la urca holandesa *Joven Juana*, que contaban con 204 y 123 camas, respectivamente⁴⁰. Otros buques hospitales identificados son la urca *Santa Rita* que, en 1779, se integró en la escuadra del general D. Miguel Gastón durante la campaña del canal de Inglaterra, y el navío mercante *Mentor* que fue habilitado como hospital del convoy enviado a Guarico en 1782.

UNA COMPARACIÓN INEVITABLE

De los datos referidos a estas dos épocas claramente diferenciadas cuyo punto de inflexión corresponde a los albores del siglo XVIII surge, inevitablemente, la tentación de establecer un balance comparativo entre la eficacia de ambos modelos asistenciales. Sin embargo, cada uno de ellos sólo debe ser enjuiciado en relación con el momento histórico en que estuvo en vigor, destacando como coincidencia más llamativa el esfuerzo realizado, en uno y otro caso, para que la atención a las dotaciones de la Armada alcanzara el máximo nivel de calidad. Es indudable que no siempre pudo lograrse, pero no podemos obviar el prestigio de muchos profesionales que desarrollaron su labor a bordo de nuestros buques.

³⁷ Este hospital continuó en servicio hasta la inauguración, en 1984, del nuevo Hospital Naval del Mediterráneo en Tentegorra. Ahora, tras su rehabilitación, acoge las instalaciones de la Universidad Politécnica de Cartagena.

³⁸ No se ha realizado, hasta ahora, un estudio detallado de estos hospitales, a pesar de que se conserva mucha documentación, por lo que todos los datos aportados han de ser considerados como indicios deducidos de la información publicada en las obras clásicas de historia de la Sanidad Naval.

³⁹ S. CLAVIJO Y CLAVIJO: *op. cit.* p. 185, hace referencia a un documento sobre esta expedición: "Capellanes, cirujanos, habilitados y sangradores provisionales y guardas ropas de los hospitales que se embarcan en navíos fletados por cuenta de la Real Hacienda, que van de transporte en la Escuadra del mando del Almirante General Marqués de Casa Tilly", el cual se conservaba en el Archivo del Departamento de Cádiz.

⁴⁰ Este dato referido a las camas de cada buque nos plantea la duda sobre si se trataba de unidades que transportaban ese número de camas o si ya eran auténticos buques hospitales con capacidad de recepción de bajas.

En el siglo XVI, un personaje como Daza Chacón, el cirujano de Lepanto y de muchas campañas del emperador, llegó a ser una de las figuras más sobresalientes de la Cirugía europea, al mismo nivel o superior que el francés Ambroise Paré que suele ser considerado el cirujano más importante de su tiempo. Y lo mismo puede decirse de médicos como Gregorio López Caldera, que acompañó a D. Juan de Austria durante la campaña contra los moriscos sublevados en las Alpujarras y, más tarde, en Lepanto. O Cristóbal Pérez de Herrera, Protomédico de las Galeras de España, cuya experiencia profesional se forjó en la mar, destacando como médico y como arrojado soldado que no vaciló en usar las armas en defensa de sus enfermos. Todos ellos fueron autores de obras importantes como también lo fueron muchos de los cirujanos formados en el Real Colegio de Cádiz cuya relación sería interminable.

No obstante, en esta breve síntesis debemos citar a hombres como Antonio de Gimbernat el cual, durante su etapa como colegial en Cádiz, sobresalió por su interés hacia los estudios anatómicos que le llevarían después, lejos de la Armada y con frecuencia enfrentado a ella, a desarrollar una brillante carrera en la que sobresalieron sus investigaciones sobre la región crural, en la que describió el llamado “ligamento de Gimbernat”, alcanzando el indudable honor de convertirse en el único epónimo de origen español que ha quedado reflejado en los tratados de Anatomía.

También, Francisco de Canivell, autor de obras tan importantes como su *Tratado de Vendages y Apósitos*⁴¹ y el *Tratado de la heridas de armas de fuego*⁴² con las que se formaron varias generaciones de cirujanos. Pedro María González que, tras su participación en la expedición de Malaspina, publicó una obra clave de la Sanidad Naval, el *Tratado de las enfermedades de la gente de mar*⁴³. Y Juan María de Aréjula, una persona de difícil carácter pero de profunda formación en el ámbito de la Química que fue uno de los que introdujo en España la nueva terminología propugnada por Lavoisier, y se distinguió en el estudio de la gran epidemia de fiebre amarilla que se inició en Cádiz en 1800, sobre la que escribió varias obras que tuvieron amplio eco en toda Europa.

Hubo, por lo tanto, en una y otra época, hombres preparados que trabajaron en el ámbito de la Armada con arreglo a los conocimientos más avanzados de su tiempo. Pero hay que ser cautos al intentar trasladar esta realidad a los aspectos concretos de la atención que recibían las gentes que, en cada período histórico, constituían las dotaciones de nuestros buques.

Ahora, acabamos de conmemorar el segundo centenario de la Jornada de Trafalgar en la que, junto a muchos marinos, encontraron la muerte el Cirujano 2º de la dotación del *San Ildefonso* D. Manuel Miranda, y el Cirujano civil D. Mateo Quetglás que había sido embarcado en el *Rayo*, ante la imposibilidad de cubrir todas

⁴¹ F. CANIVELL: *Tratado de las heridas por arma de fuego dispuesto para el uso de los alumnos del Real Colegio de Cirugía de Cádiz*, Cádiz: Por Don Manuel Ximénez Carreño, 1789.

⁴² F. CANIVELL: *Tratado de vendages y apositos para el uso de los Reales Colegios de Cirugía*, ilustrado con once láminas, Madrid: En la Imprenta de Don Joseph Doblado, 1796.

⁴³ P. M. GONZÁLEZ: *Tratado de las enfermedades de la Gente de Mar, en que se exponen sus causas y los medios de precaverlas*, Madrid: Imprenta Real, 1805.

las vacantes con miembros del Cuerpo de Cirujanos al no haberse recuperado de los estragos causados en el Colegio de Cádiz por esa epidemia de fiebre amarilla, a la que he hecho referencia, en la que fallecieron varios profesores y 24 alumnos. Pues bien, otro de los ilustres marinos fallecidos fue el Teniente General D. Federico Gravina, Jefe de la Escuadra Española, quien había recibido el impacto de una bala, en el transcurso del combate, que le provocó una herida a la altura de la articulación del codo izquierdo. El Superior Facultativo de la Escuadra, D. Fermín Nadal, que iba embarcado a bordo del *Príncipe de Asturias*, la calificó de grave, no porque hubiera un compromiso vital, sino por las características de una fractura conminuta que hacían prever importantes secuelas. Desde el primer momento, y de manera especial tras ser evacuado a tierra seis días después del combate, se planteó la posibilidad de proceder a una amputación del miembro afectado. Se decidió adoptar una actitud conservadora que, finalmente, se reveló desacertada ya que Gravina falleció cinco meses después, como consecuencia de una osteomielitis que provocó una sepsis generalizada.

Inevitablemente surge el recuerdo de Blas de Lezo, el héroe de Cartagena de Indias, que hizo frente con éxito a las fuerzas del almirante Vernon un siglo antes. Y, en aquellos momentos, a Blas de Lezo le faltaban una pierna, un ojo y un brazo como consecuencia de heridas recibidas en combates anteriores, de las que había sido asistido a bordo por cirujanos navales que carecían de una sólida formación académica.

BREVE EPÍLOGO

Poco después de Trafalgar, el inicio de la Guerra de la Independencia paralizó el normal funcionamiento del Real Colegio de Cirugía que, en realidad, era ya una sombra de su pasado esplendor, a pesar de los esfuerzos de su Director D. Carlos Ameller. Por sorprendente que pueda parecernos, sus resultados prácticos fueron limitados y la mejor prueba de ello es que 50 años después de la salida de sus primeras promociones Luis María de Salazar señalaba que muchas gentes lamentaban “el atraso de nuestros profesores médico-cirujanos respecto a los ingleses y franceses, singularmente en las operaciones quirúrgicas”, aunque no culpaba de ello únicamente a la formación que recibían en el Colegio, sino “al atraso general de las Artes y Ciencias en que aún permanecía la nación”.

Salazar volvía a referirse a la permanente polémica en torno a la unión de Medicina y Cirugía, manifestándose favorable a la unión de ambas enseñanzas como había pretendido el Colegio, aunque reconociendo que, al final, los “profesores” formados en la Armada tendían a dedicarse al ejercicio de la Medicina y “descuidan y desdeñan la Cirugía”⁴⁴. En cualquier caso, la decadencia generalizada en la que se sumió la nación tras la Guerra provocaron el colapso definitivo del Colegio

⁴⁴ L. M. SALAZAR de: *Juicio crítico sobre la Marina militar de España, dispuesto en forma de cartas de un amigo a otro*, Madrid, 1814-1815.

en el que, a partir de 1815, no volvieron a ser convocadas plazas de alumnos. Su dependencia jerárquica respecto a la Armada fue difuminándose, poco a poco, hasta que por una R.O. de 31 de octubre de 1831 se dispuso “la completa separación y total independencia entre el Colegio de Cádiz y sus Catedráticos y el Cuerpo de Médicos Cirujanos de la Real Armada”. Poco después desaparecieron los hospitales navales y el propio Cuerpo quedó reducido a la nada, sin prestigio y sin posibilidad, siquiera, de cubrir sus vacantes.

La recuperación llegó en torno a 1847 cuando se transformó en el “Cuerpo de Sanidad de la Armada” que continuó desarrollando sus cometidos hasta su desaparición en 1989, pero todo ello supera con creces los límites impuestos a este trabajo.