

LOS HOSPITALES ANDALUCES Y EL EJERCITO DE AMERICA

por

MARÍA TERESA PITA MOREDA

I. AMBIENTE SANITARIO EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XVIII

Con las reformas ilustradas, comienzan a aparecer con relativa frecuencia disposiciones tendentes a la mejora de la sanidad e higiene pública, procurando sobre todo, evitar las epidemias reduciendo al mínimo los contagios, aunque como luego veremos, no tienen demasiado éxito. Con todo la normativa va a ser abundante; por ejemplo, la real cédula de 6 de octubre de 1751 ¹ obliga a médicos y cirujanos a informar a los alcaldes de barrio de quiénes son los enfermos contagiosos para que éstos hagan cumplir la legislación vigente al respecto, quemando, a la muerte del enfermo, todo aquello con lo que estuvo en contacto: ropas, muebles o joyas, aunque fueran de mucho valor. A esta disposición estaban sujetos también los hospitales en todas las villas y lugares. En esta misma línea está la real cédula de 23 de junio de 1752, ² con una serie de normas para evitar el contagio de enfermos éticos y tísicos. Este proceso culmina con las ordenanzas de Carlos IV, dadas el 15 de noviembre de 1796, para asegurar «la policía de la salud pública» y que están incluidas en las Ordenanzas del Real Colegio de Medicina. ³ En ellas se recogen disposiciones de todo tipo en orden a este fin: para las fábricas y manufacturas que contaminan el medio

1 Novísima Recopilación. Lib. VII. Tit. LX. Ley II.

2 *Ibidem*, Ley III.

3 *Ibidem*, Ley V.

ambiente; sobre la disposición de hospitales, hospicios, cárceles, teatros, iglesias y demás establecimientos donde se concentraba un gran número de gente «cuidando de la situación ventajosa del terreno, la ventilación, limpieza y aseo para que sean saludables»; intentando establecer un cierto control de calidad en los alimentos, etc.

En realidad, de lo que se trataba era de enfrentarse, con los medios que una nueva ciencia basada en la observación y experimentación iba descubriendo, a un panorama sanitario que no podía ser más desalentador. Aunque durante el siglo XVIII se produjo una disminución de las continuas mortalidades catastróficas debidas a las grandes pestes, las epidemias siguieron siendo un mal generalizado que ocasionaban miles de bajas, y las condiciones de vida continuaron siendo igual de precarias que en la centuria anterior. Las enfermedades de origen infecto-contagioso, producto del desconocimiento de las normas higiénicas más elementales, y de una mala alimentación, basada en un alto porcentaje de hidratos de carbono con un mínimo aporte de proteínas y vitaminas, tenían una fuerte incidencia. La gran mayoría de la población vivía en unas condiciones totalmente anti-higiénicas que convirtieron en algo cotidiano enfermedades como la disentería y el tabardillo, o tifus exantemático transmitido por piojos.⁴

Pero junto a estas enfermedades de carácter endémico, el siglo XVIII se define en la historia de las epidemias europeas como la centuria de la viruela, y en España, además de ésta, aparece con carácter epidémico la fiebre amarilla⁵ de la que más tarde trataremos por la incidencia que tuvo en Cádiz entre la población militar.

Para completar el círculo, las crisis de subsistencia, frecuentes todavía en la primera mitad de la centuria, favorecieron la aparición de enfermedades sobre los más desahuciados por la fortuna. Debido al alto número de éstos y a las malas condiciones de vida que propiciaban el contagio, estas enfermedades llegaron en ocasiones a ser verdaderas epidemias.

En Andalucía y la región valenciana, a la situación anterior-

4 Fernández de Pinedo, Emiliano; Gil Novales, Alberto; y Dorotier, Alberto: *Centralismo, Ilustración y agonía del Antiguo Régimen (1715-1833)*. Barcelona. Labor, 1981, pág. 25.

5 Nadal, Jordi: *La población española*. Barcelona, Ariel, 1971, pág. 100.

mente expuesta se añadía la frecuente aparición de las epidemias de tercianas o fiebres palúdicas, enfermedad de carácter infeccioso causada por protozoos parásitos del género *Plasmodium* y transmitida por la hembra del mosquito Anófeles. En Sevilla, su aparición era continua, sobre todo después de las inundaciones, debido a la gran cantidad de agua que quedaba estancada. Fueron especialmente destacadas las de 1758-1759, 1760, 1785, 1787 y 1788.⁶ Joaquín de Parias, médico sevillano de la época y miembro de la Academia de Medicina, la califica como una enfermedad endémica de la ciudad, junto con las fiebres hécticas, los flatos y las alferencias,⁷ y otro compañero suyo, don Antonio de Santaella encuentra en la suciedad de la ciudad el origen de todas las epidemias.⁸ La epidemia de 1786 atacó prácticamente a toda Andalucía. Sólo en Málaga y en el hospital de San Juan de Dios, murieron ese año más de tres mil enfermos, además de otros muchos en la ciudad y sus inmediaciones. Las tercianas fueron también algo muy frecuente en Jaén y en Sierra Morena.⁹

Ante este panorama, el gobierno ilustrado trató de enfrentarse con los medios de que disponía, que tampoco eran muchos: fomentando el estudio y la investigación, creando colegios de medicina y cirugía, dictando disposiciones como las reseñadas anteriormente, etc. Su eficacia, de todas formas, es dudosa; quizá, donde tuvo más éxito es donde pudo ejercer un control más rígido como es el caso de la Armada y el Ejército. En el resto de los ámbitos sociales, las circunstancias higiénicas y sanitarias poco variaron, aunque también es cierto que muchas personalidades y estudiosos del momento denunciaron los males y ofrecieron soluciones; de poco o nada sirvieron. Cara al futuro, sentaron las bases de las modernas disposiciones sanitarias, pero en la época, ni las circunstancias económicas de cada comunidad habrían podido hacerlas cumplir, ni la mentalidad del pueblo estaba preparada para seguirlas, aun en el caso de que sus posibilidades económicas lo hubieran permitido.

6 Hermosilla Molina, Antonio: *Cien años de medicina sevillana. (La regia sociedad de medicina y demás ciencias de Sevilla en el siglo XVIII)*. Sevilla, 1970, págs. 635-639.

7 *Ibidem*, pág. 636.

8 *Ibidem*, pág. 635.

9 Peset, M. y Peset, J. L.: *Muerte en España. (Política y Sociedad entre la peste y el cólera)*. Madrid, 1972, págs. 77-78.

II. LA SANIDAD MILITAR

Dentro de esta preocupación por la salud pública, y enlazando con otro de los grandes temas del XVIII español como es la formación del Ejército Regular, el problema de la sanidad militar es uno de los que mejor supo resolver la Administración, teniendo en cuenta las limitaciones que imponían las circunstancias. Resulta curioso comprobar cómo las necesidades históricas hicieron recaer en la Armada y en el Ejército gran parte del desarrollo científico, que para el caso de la sanidad fueron los colegios de cirugía, y que salvo en el caso del de Madrid, estuvieron siempre vinculados al servicio de la Marina y del Ejército. Los médicos y cirujanos que se formaron en el de Cádiz pertenecieron a la élite científica de la península; varios de ellos fueron becados por el gobierno para ampliar sus estudios en el extranjero, trayendo a su regreso todas las nuevas teorías y técnicas que se estaban desarrollando en Europa. La vinculación del Colegio de Cádiz al Hospital Real de la Marina, y a todos los provisionales que surgieron a su alrededor, los convirtieron en centros de adaptación y experimentación de las nuevas normas médicas y sanitarias.

En el lógico afán de dotar al nuevo ejército español de la mejor preparación y eficacia posible, la Corona se preocupó del estado físico de sus soldados, quizá en mayor grado que del resto de sus súbditos. Durante la época de los Austrias, la sanidad militar estuvo encomendada a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y a los cirujanos que se nombraban durante el tiempo de alguna campaña; terminada ésta, cada uno de ellos se restituía a su lugar de origen. La nueva administración dotó de asistencia permanente a sus tropas: en 1702 se asignaron cirujanos a los cuerpos de Infantería y Caballería; en 1704, se asignó un cirujano a cada regimiento y se aumentó la dotación y personal de los hospitales del Ejército. Las disposiciones que reglamentan la asistencia sanitaria a los ejércitos y al mismo tiempo tratan de elevar la consideración social del médico o cirujano, son continuas durante el siglo. En abril de 1756 se dan las Ordenanzas de Hospitales y con las de 1768 se vincula la asistencia facultativa del Ejército a los colegios de Barcelona o Cádiz.

La infraestructura sanitaria del Ejército se componía de los hospitales militares, los médicos militares y las reales boticas. Cuando algún militar enfermaba, debía ser reconocido por el cirujano de su unidad y dependiendo de su estado, o lo trataba directamente o se ordenaba su ingreso en el hospital.¹⁰ Los hospitales que atendieron al Ejército fueron de tres tipos: militares exclusivamente, y por lo tanto se establecieron en las plazas donde el movimiento de tropas fue muy intenso, en la península en Cádiz, Ferrol y Cartagena, y en América en La Habana, Lima, Puerto Rico, etc...¹¹ Hubo también hospitales contratados para la asistencia del Ejército en las plazas donde las guarniciones no eran numerosas, para evitar el alto costo del mantenimiento de los hospitales puramente militares. Por último, en lugares de paso o de muy escasa guarnición, las tropas fueron atendidas en los hospitales civiles.¹² Los centros contratados con el Ejército, lo fueron en general con los hospitales de la Orden de San Juan de Dios. Ya el gobierno de Felipe V, por no contar el Estado con hospitales suficientes o por juzgarlo más conveniente y económico, concertó con el General de San Juan de Dios, por medio de contratas periódicas, la curación de los soldados enfermos. Se estipuló el precio de la estancia, es decir cada uno de los días que se pasaba en el hospital, en 32 cuartos para la clase de tropa hasta Sargento y en 4'5 reales para los oficiales.¹³ Estos contratos se repitieron durante todo el siglo, y desde 1777 se firmó cada cinco años un asiento para la curación de los enfermos militares en las provincias andaluzas. En estos asientos se especificaron el mantenimiento de un número fijo de camas, y las reglas sobre dietas, ropas, estancias, medicinas, víveres, limpieza, etc.¹⁴ El personal con derecho a asistencia abarcaba todos los cuerpos y unidades de la Armada, Ejército y milicias, pero se exceptuaba a los enfermos de sífilis,¹⁵ ya que su tratamiento era mucho más costoso y además requería una total separación de los demás enfermos porque el

10 Marchena Fernández, Juan: *Oficiales y Soldados en el Ejército de América*. Sevilla, E.E.H.A., 1983, pág. 221.

11 *Ibidem*, pág. 228.

12 *Ibidem*, págs. 221-225.

13 Pozo, fray Luciano del: *Caridad y Patriotismo. Rerese de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios*. Barcelona, 1917, pág. 29.

14 Clavijo Clavijo, Salvador: *Breve historia de la Orden de San Juan de Dios en los ejércitos de mar y tierra*. Madrid, 1950, pág. 126

15 *Ibidem*, pág. 128.

único remedio conocido para su curación era el mercurio, que parecía resultar perjudicial para los demás.¹⁶ Esta salvedad es importante, porque las enfermedades venéreas tenían una alta incidencia en la tropa. Al final, la Orden reservó el hospital de Medina Sidonia para esta clase de pacientes.¹⁷

El sostenimiento de los hospitales militares estuvo, en su mayor parte, a cargo de la Real Hacienda.¹⁸ Ella pagaba los sueldos del personal y el mantenimiento general del hospital: medicinas, camas, ropas, etc... además, a cada individuo hospitalizado, su regimiento le retenía una parte del sueldo, que iba destinado a pagar las estancias causadas. Los precios por estancia, oscilaron ajustándose a la subida general de éstos, pero siempre fueron bastante más caros los hospitales militares que los contratados con la Orden de San Juan de Dios; así por ejemplo, en 1799, en el Hospital Real de la Marina en Cádiz, una estancia costaba nueve reales, pero en cambio en el de San Juan de Dios de Ronda, el precio era justo la mitad: 4'5 reales.¹⁹ La diferencia se debía a los mayores gastos que tenía un hospital militar, donde había que pagar a los médicos, cirujanos, enfermeros y demás personal, mientras que en los de San Juan de Dios eran los mismos hermanos los encargados de estas tareas.

III. LA SANIDAD MILITAR EN ANDALUCÍA Y EL EJÉRCITO DE AMÉRICA

1.—*Formación en España de los cuerpos expedicionarios americanos*

A lo largo del siglo XVIII, debido a su localización estratégica, Cádiz y El Ferrol se convirtieron en las dos plazas de concentración y embarque de tropas destinadas a América. Pero es Cádiz, sin olvidar la importancia del tráfico ferrolano, la que detentó un

16 Carmona García, Juan Ignacio: *El sistema de hospitalidad pública en la Sevilla del Antiguo Régimen*. Sevilla, Diputación Provincial, 1979, pág. 362.

17 *Ibidem*.

18 Marchena Fernández, Juan: *Op. cit.*, pág. 222.

19 A. G. I., Juzgado de Arribadas, 495.

mayor movimiento de tropas hacia Indias: de un total de 72 cuerpos y unidades que pasaron a Indias durante el siglo, 44 salieron de Cádiz, lo que supone un 61 % del total; 23 de El Ferrol, es decir un 31 % y las cinco restantes se distribuyeron entre La Couuña y Santander.²⁰ El movimiento continuo de tropas en las plazas de partida originaron toda una serie de incidencias y problemas en orden a su abastecimiento, alojamiento, sanidad e higiene, y hasta problemas de orden público, ya que no brillaron precisamente por su disciplina.

Por otra parte, la recluta en España, y fundamentalmente en Andalucía, Galicia y Canarias, de tropas consideradas como americanas y sostenidas por las cajas de sus respectivos regimientos, es una realidad que se hizo cada vez más patente conforme avanzaba el siglo XVIII. Su razón de ser estaba en la imposibilidad de mantener al completo el Ejército de Dotación Americano con peninsulares reclutados en Indias, y en la necesidad de tener que recurrir para ello a los criollos, lo que no parecía en la Corte la política más acertada. El problema se acentuó cuando, a raíz de las sublevaciones populares producidas en América en la segunda mitad del siglo XVIII, éstas tuvieron que ser sofocadas por el Ejército de Refuerzo o por unidades del de Dotación (compuesto mayoritariamente por criollos), pero, procedentes de otros territorios.²¹ A partir de estos momentos se rompió la confianza del gobierno de Carlos III en una tropa exclusivamente americana y se trató de afianzar la presencia peninsular en todos los regimientos americanos.²² El reforzamiento de la presencia peninsular no sólo se da en la oficialidad; las principales unidades americanas mantuvieron en la metrópoli banderas de recluta que nutrieron al Ejército de América de tropa española,²³ aunque nunca en la medida deseada por las autoridades.

Además de estas causas que son generales y constantes, hay

20 Marchena Fernández, Juan: Op. cit., págs. 56-58.

21 Ibidem, pág. 181.

22 En opinión de Alan Kuethe existió una concreta expulsión de criollos en los puestos de responsabilidad: *Military Reform and Society in New Granada, 1773-1808*. Gainesville, University Press of Florida, 1978.

23 Marchena Fernández, Juan: Op. cit., págs. 272-273.

otra también destacable, y es la gran movilidad de efectivos que se dirigieron a Indias para operaciones de carácter ofensivo, como fueron los casos de la Colonia de Sacramento o los ataques a Mobila y Panzacola en la Guerra de Independencia de los Estados Unidos. Otro gran movimiento de tropas se inició en Cádiz en 1770 ante el temor de una nueva guerra con los ingleses, por el desalojo de las islas Malvinas.²⁴ La necesidad de movilizar estas unidades de un lado al otro del Atlántico se debió al carácter defensivo del Ejército de Dotación Americano, localizado en las plazas fuertes de las que rara vez se movían.

Completar el cupo de oficiales de estos cuerpos expedicionarios no resultó demasiado difícil, ya que los que no resultaban tentados por el aliciente de un mejor sueldo o un mayor prestigio social y otras disposiciones de la Corona, no les dejaban otra alternativa que obedecer si querían permanecer en el Ejército. Los envíos «forzosos» de oficiales se dieron con mayor frecuencia en los cuerpos especializados, de los que había menos cantidad, como son ingenieros, dragones, o artilleros. Pero el problema serio surgió con la recluta de la tropa, cuyos componentes tuvieron a la hora de ingresar en el Ejército de América muy diferentes orígenes.²⁵ Hubo que recurrir con cierta frecuencia al sistema de levas, que sólo consiguió suministrar a toda la escoria social de la metrópoli: presos, polizones, vagos, maleantes, desertores de otros regimientos, etc.;²⁶ en una palabra, individuos que desde su ingreso sólo pensaban en desertar a la primera oportunidad ya fuera en el mismo depósito de reclutas de Cádiz o El Ferrol²⁷ o en Indias, afianzando su decisión de no verse envueltos en las complicaciones que presentaba el Nuevo Mundo, el clima y su secuela de enfermedades, el bajo nivel adquisitivo que allí tendría su soldada, y el gran retraso para cobrar ésta.

24 A. G. I., Indiferente General, 1.910-B. Expediente sobre embarco de tropas en Cádiz, 1770.

25 Para el problema de la recluta de tropas destinadas a estos cuerpos, véase Marchena Fernández, Juan: Op. cit.

26 Marchena Fernández, Juan: Op. cit.

27 A. G. I., Juzgado de Arribadas, 484. Relación de desertores del Regimiento Auxiliar de Santa Fe. Cádiz, 1800.

2.—*El aspecto sanitario*

Por partir de Cádiz la gran mayoría de los cuerpos expedicionarios americanos, y también, por ser Andalucía una de las regiones de mayor densidad demográfica en comparación con sus recursos, gran número de banderas de recluta se establecieron en ella, particularmente en Sevilla, mientras la capital gaditana se convertía en el depósito de las tropas destinadas a América ya preparadas para partir aunque a veces tardaran años en hacerlo.

Previamente a su entrada en el Ejército, todos los «aspirantes», fueran voluntarios o no, tenían que someterse a un reconocimiento médico realizado por facultativos nombrados expresamente para ello, y en el que sólo se declararon como excluyentes ciertas enfermedades: el vértigo, los maníacos furiosos y dementes, la disnea, vómitos, ascitis, tisis, enfermedades habituales, incluida la tiña por ser contagiosa.²⁸ Pero a pesar del reconocimiento inicial, entre estas fuerzas las enfermedades no eran infrecuentes, sobre todo entre la clase de tropa, padeciendo específicamente ciertas enfermedades, no raras ni distintas a las demás pero que sí llamaban la atención por su frecuencia: fiebre de distinto origen, reumatismo, pleuritis, diarreas, etc., y que se debían fundamentalmente al escaso régimen dietético, los malos acomodos en los campamentos, el hacinamiento en que se encontraban, el uso de aguas en mal estado...²⁹ Por ello, una gran parte de estos cuerpos americanos tuvieron necesidad de pasar en alguna ocasión a los hospitales que en Sevilla y en Cádiz se acondicionaban para su asistencia.

En Sevilla, la contrata se estableció con el hospital de Nuestra Señora de la Paz, de la Orden de San Juan de Dios, pero a pesar de los esfuerzos de los religiosos por tratar de sacar adelante a todos sus pacientes, un médico del momento, el doctor Domínguez Rosains, lo consideraba más contra la humanidad que en beneficio de la salud de los soldados.³⁰ Adolecía este hospital de los clásicos defectos de la época y contra los que clamaban los médicos más preparados del momento: estaba situado en pleno centro urbano,

28 Hermosilla Molina, Antonio: Op. cit., pág. 587.

29 Ibidem, 587-588.

30 Carmona García, Juan Ignacio: Op. cit., págs. 421-422.

lo que dificultaba una buena ventilación y aireación, e impedía también su necesaria ampliación ya que los enfermos desbordaban su capacidad. Otra acusación era la ignorancia de gran parte del personal, sobre todo del subalterno, junto con los malos métodos de curación y convalecencia.³¹ La aglomeración de enfermos en una sola sala, muchos de ellos con dolencias de carácter infeccioso, favorecían más que la recuperación de los menos graves, su recaída y contagio con otras enfermedades. Los más afectados eran los convalecientes, que, aunque en período de recuperación, tenían muy debilitado su organismo y eran presa fácil del contagio.

Al establecerse en Sevilla muchas de las banderas de recluta para América, siempre hubo algún enfermo en estos cuerpos, aunque se procuraba enviar cuanto antes a los reclutas al depósito de Cádiz donde era más fácil fiscalizarlos, dados los porcentajes de desertores una vez cobrado el dinero del enganche. Por regla general, las estancias no eran muy largas, oscilando de dos a seis días,³² aunque luego en Cádiz vuelvan a tener que ingresar en el hospital. De vez en cuando alguno de ellos pasa largas temporadas en este hospital, como en el caso del recluta del Regimiento Auxiliar de Santa Fe, Ignacio Delgado, que pasó más de cuatro meses ingresado³³ y que también tuvo que hospitalizarse en Cádiz.³⁴ Curiosamente, este individuo no llegó nunca a su destino y además en Santa Fe se negaron a pagar los gastos por él causados por no constar en ninguna parte su existencia como recluta de dicho cuerpo, a pesar de anotarse su presencia en las sucesivas revistas que se hacen en Cádiz.³⁵

En esta última ciudad, los militares enfermos o heridos ingresaban en el Hospital Real de la Marina si había sitio o si su estado parecía grave. En otro caso, los hospitalizaban en uno de los muchos hospitales provisionales que hubieron de acondicionarse en la ciudad y su entorno, porque, con la presencia de la Armada y la gran afluencia de tropas con distintos destinos, Cádiz siempre tuvo problemas con las hospitalizaciones. Así fueron surgiendo los hospitales provinciales de La Carraca, en el Trocadero, el Hospital

31 *Ibidem.*

32 A. G. I., *Indiferente General*, 1.904-A.

33 A. G. I., *Santa Fe*, 952.

34 A. G. I., *Juzgado de Arribadas*, 495.

35 *Ibidem.*

del Rey, el de San José del Puntal, el de la Segunda Aguada, etc...³⁶ Hospitales, que estaban sujetos al mismo reglamento que el de la capital,³⁷ que era el que marcaba las directrices de la organización y servicio, y al que debían ajustarse los asentistas. A su vez, en cada asiento, se especificaban claramente la normativa relativa a los alimentos y su calidad, medicinas simples y compuestas, camas, vendas, ropas de cama, utensilios necesarios, aparatos de cirugía, etc.³⁸ Del análisis que Marchena Fernández realizó sobre los reglamentos de los hospitales militares americanos,³⁹ que son muy similares a los españoles, se desprende la circulación que tuvieron tratados de Sanidad Militar como los de Dupré, Monrou, o Le Begue de Presley. Los principios teóricos que enuncian estos tratados están basados en la práctica y van dirigidos al establecimiento de unos hospitales militares donde los soldados no se encuentren hacinados y reciban todos los cuidados necesarios, proporcionándoles personal suficiente y eficiente. Igualmente, prescriben una serie de normas higiénicas básicas como son la separación de enfermos contagiosos de los no contagiosos, mudar la ropa de cama cada cierto tiempo, quemar las pertenencias de los infecciosos, cuidar la limpieza máxima de las salas, lograr la desinfección de las vendas con «lexía», etc... Reglas higiénicas que aunque insuficientes para la medicina actual lograron hacer más eficaz la gestión de los médicos.

La saturación del Hospital Real de la Marina y la creación de los hospitales provinciales nos está indicando que, además de una gran población militar en esta ciudad, ésta no estuvo en las mejores condiciones de salud y necesitó constantemente los auxilios médicos. Cómo son asistidos, con qué frecuencia, su movilidad de un hospital a otro, etc., será el objeto de nuestro estudio en la segunda parte de este tema, utilizando como ejemplo y referencia el caso de los reclutas que el Batallón Auxiliar de San Fe tuvo en el Depósito de Cádiz, y que procedían fundamentalmente de la bandera de recluta que para este cuerpo se levantó en Sevilla y Cádiz. Utilizare-

36 Clavijo Clavijo, Salvador: *Trayectoria hospitalaria de la Armada Española*. Madrid, 1944, págs. 75-83.

37 Archivo de la Facultad de Medicina de Cádiz. Impresos. Leyes. Reales Ordenes y Decretos del año 1793 y siguientes. Condiciones dispuestas por la Junta de Departamento de la Marina de Cádiz para el Asiento de los Hospitales de ella, que debe principiar en primero de junio del año 1793.

38 *Ibidem*.

39 Marchena Fernández, Juan: *Op. cit.*, págs. 222-224.

mos también el caso de los soldados que, procedentes de regimientos españoles, estaban depositados en Cádiz para formar parte del Ejército de América localizado en el Nuevo Reino de Granada.

IV. EL CASO DEL AUXILIAR DE SANTA FE

1.—*Historia de su recluta*

La Creación del Regimiento Auxiliar de Santa Fe fue una de las consecuencias de la sublevación del Socorro de 1781. Este levantamiento reveló a las autoridades la indefensión general en que se encontraba el interior del Nuevo Reino de Granada. Hasta entonces, el planteamiento defensivo estaba dirigido a la prevención de ataques exteriores. La necesidad de sofocar la insurrección y la lentitud con que se organizó el movimiento de tropas desde la costa, motivó la creación de una unidad regular en la capital del virreinato. El nuevo cuerpo se formó a partir de la división del Regimiento Fijo de Cartagena, que envió un batallón, estableciéndose su pie de fuerza en 1.200 hombres,⁴⁰ aunque, como ocurrió con la mayoría de los cuerpos americanos, rara vez estuvo al completo. En 1786, el Regimiento Auxiliar de Santa Fe tenía una fuerza efectiva de 771 hombres con muchos de ellos pendientes de licenciarse,⁴¹ necesitando 429 soldados para cubrir las plazas. Para ello, el virrey ordenó levantar una bandera de recluta en Santa Marta y solicitó de España el envío de 500 hombres.⁴² La solicitud se inscribe en la política de fortalecer la presencia peninsular en el Ejército de América, y así lo entendieron las autoridades españolas que ordenaron el envío de este número de soldados tanto de las banderas de recluta establecidas en Sevilla y Cádiz, como de soldados de regimientos españoles que voluntariamente quisieran pasar al Nuevo Reino de Granada.⁴³ La orden, así formulada, se fundaba en la clara imposibilidad de completar el cupo con reclutas, teniendo que recurrir además a los voluntarios de otros regimientos y a pre-

40 A. G. I., Santa Fe, 951. Carta reservada del virrey al marqués de Sonora. Cartagena, 13 de febrero de 1786.

41 *Ibidem.*

42 *Ibidem.*

43 A. G. I., Santa Fe, 951. Oficio al Sr. Lerena, 12 agosto de 1796.

sidiarios; y así, por ejemplo, en 1789, se incorporaron al Regimiento Auxiliar de Santa Fe diversos individuos, reos de varios delitos, predominantemente los de deserción y fraude.⁴⁴

Los reclutas embarcaban en grupos pequeños de ocho o doce individuos, conforme se iban enganchando y se les iba encontrando plaza en los barcos.⁴⁵ El Regimiento estuvo recibiendo soldados continuamente hasta principios del siglo XIX; sin embargo, de 1796 a 1800 debieron existir problemas de embarque en Cádiz, porque en este Depósito permanecieron durante esos cinco años unos 246 soldados destinados al Nuevo Reino de Granada.⁴⁶ Con este sistema, los escasos peninsulares que se iban enviando acababan siendo devorados, porcentualmente, por los criollos en el regimiento de destino. En definitiva, una política sin resultado alguno.

Las vicisitudes de estos grupos desde 1796 en que se les concentró en el Depósito, a febrero de 1801 en que se embarcó a los que quedaban y estaban en disposición de hacerlo, son ilustrativas de la situación general de este sistema de envíos a finales del siglo XVIII.⁴⁷

De los 246 individuos que alguna vez pasaron por revista sólo se llegaron a embarcar en febrero de 1801, 35 soldados, es decir el 14'2 %. Mientras que quedaban en Cádiz a la espera de poder embarcarse unos 48 individuos (un 19'5 %), el resto, en su gran mayoría, habían muerto o desertado (el 26'4 % y el 24'7 % respectivamente). Unos pocos habían sido destinados a otros regimientos americanos, o fueron licenciados, e incluso alguno fue enviado a presidio.

El 80 % de los soldados procedían de unidades españolas, sobre todo de los regimientos de Málaga, Granada, Sevilla, Jaén y Córdoba, aunque también de los de España y órdenes militares pasaron muchos voluntarios. El 20 % restante procedía de las banderas de recluta establecidas en Sevilla y Cádiz. El siguiente cuadro

44 A. G. I., Juzgado de Arribadas, 551. Expediente 1789.

45 A. G. I., Santa Fe. Oficio al marqués de Sonora sobre el embarque en la fragata la «Perla» de reclutas para el Auxiliar de Santa Fe, 3 de diciembre de 1786.

46 A. G. I., Juzgado de Arribadas, 495. Revistas de los cuerpos americanos en Cádiz.

47 Todos los datos utilizados en el presente estudio están extractados de los legajos: Juzgados de Arribadas, 495. Revista de los cuerpos americanos en Cádiz y Juzgado de Arribadas, 496: Gastos causados por los reclutas de los cuerpos americanos.

muestra el destino final de estos individuos, bien sean reclutas o de regimientos españoles:

<i>destinos</i>	<i>total</i>	<i>%</i>	<i>reclutas</i>	<i>%</i>	<i>Rgtos. E.</i>	<i>%</i>
embarcados	35	14'2	8	16'3	27	13,7
existentes	48	19'5	17	34'6	31	15'7
desertores	61	24'7	13	26'5	48	24'3
muertos	65	26'4	5	10'2	57	28'9
licenciados	10	4'6	2	4	8	4
a Trinidad	8	3'2			8	4
a México	4	1'6	4	8'1		
a otros Rgtos.	11	4'6			11	5'5
a presidio	7	3'2			7	3'5

El porcentaje de muertos y desertores supera el 50 % frente al 33'7 % de los embarcados y existentes. Pero considerar a los existentes como fuerza efectiva que va pasar cuando haya sitio en los barcos es muy aventurado, porque una gran mayoría de estos individuos no se han embarcado en el momento, más que por falta de sitio por problemas de salud. Efectivamente, en los soldados procedentes de regimientos españoles, y que constan como existentes, sólo cinco no han pasado por el hospital, y un 38'7 % de éstos han sufrido más de cien días de hospitalización; algunos de ellos tienen incluso en su haber más de quinientas estancias, superando el récord un tal Juan José Rejano con más de 700 estancias en los diversos hospitales tanto militares como de la Orden de San Juan de Dios.

2.—*La hospitalización*

El Cádiz de la segunda mita del siglo XVIII está marcado por el continuo movimiento de tropas con diferentes destinos, pero siempre con una estancia provisional en la ciudad o su entorno. La situación de provisionalidad de estas tropas en la ciudad condicionaba

que su alojamiento y asistencia fuera en general bastante precario. En determinados casos, la espera se prolongaba durante un año e incluso más, como sucedió con los soldados destinados al Nuevo Reino de Granada, y esta circunstancia favorecía la multiplicación del número de enfermos.

La escasa soldada que recibían, una muy mala dieta de alimentación y el hacinamiento en los alojamientos, propio de carácter circunstancial de su permanencia en la ciudad, propiciaron una serie de enfermedades, que aunque no eran nuevas, tenían una mayor incidencia sobre la población sometida a estas circunstancias. Se trata de fiebres de distintos orígenes, sarna y disentería.⁴⁸ Este tipo de enfermedades son también propias de las cárceles y hospicios, y conviene recordar que muchos de los «soldados» son reos de diversos delitos que permanecían encerrados en las cárceles y castillos hasta el momento del embarque.

Los remedios generales para combatir estas dolencias justifican que el origen de las mismas estaba en la falta de higiene y en la alimentación. Concretamente, se recomendaba blanquear las paredes dos veces al año y fregar los suelos además de limpiar las paredes con vinagre y pólvora que se quemaba para que «con la explosión se eliminaran las exhalaciones inmundas».⁴⁹ En una palabra, se trataba de desinfectar los locales con los medios que suponían más eficaces. En cuanto a la dieta, los médicos del momento aconsejaban mejorar la calidad de los alimentos y evitar en lo posible el comer siempre habas,⁵⁰ aunque esta condición resultaba más difícil de cumplir que las anteriores porque el escaso prest del soldado apenas daba de sí.

Si los condicionamientos generales que sufría la tropa nos hacen suponer un alto número de enfermos en las unidades, la proliferación de hospitales provisionales para asistir a los soldados nos confirma plenamente esta idea.

Desde principios del siglo el Hospital Real de la Marina, destinado a la gente de la Armada, tuvo que asistir a los enfermos del Ejército, porque su número desbordaba ampliamente los hospitales

48 Hermosilla Molina, Antonio: Op. cit., págs. 581-582.

49 *Ibidem.*

50 *Ibidem.*

muestra el destino final de estos individuos, bien sean reclutas o de regimientos españoles:

<i>destinos</i>	<i>total</i>	<i>%</i>	<i>reclutas</i>	<i>%</i>	<i>Rgtos. E.</i>	<i>%</i>
embarcados	35	14'2	8	16'3	27	13,7
existentes	48	19'5	17	34'6	31	15'7
desertores	61	24'7	13	26'5	48	24'3
muertos	65	26'4	5	10'2	57	28'9
licenciados	10	4'6	2	4	8	4
a Trinidad	8	3'2			8	4
a México	4	1'6	4	8'1		
a otros Rgtos.	11	4'6			11	5'5
a presidio	7	3'2			7	3'5

El porcentaje de muertos y desertores supera el 50 % frente al 33'7 % de los embarcados y existentes. Pero considerar a los existentes como fuerza efectiva que va pasar cuando haya sitio en los barcos es muy aventurado, porque una gran mayoría de estos individuos no se han embarcado en el momento, más que por falta de sitio por problemas de salud. Efectivamente, en los soldados procedentes de regimientos españoles, y que constan como existentes, sólo cinco no han pasado por el hospital, y un 38'7 % de éstos han sufrido más de cien días de hospitalización; algunos de ellos tienen incluso en su haber más de quinientas estancias, superando el récord un tal Juan José Rejano con más de 700 estancias en los diversos hospitales tanto militares como de la Orden de San Juan de Dios.

2.—*La hospitalización*

El Cádiz de la segunda mita del siglo XVIII está marcado por el continuo movimiento de tropas con diferentes destinos, pero siempre con una estancia provisional en la ciudad o su entorno. La situación de provisionalidad de estas tropas en la ciudad condicionaba

que su alojamiento y asistencia fuera en general bastante precario. En determinados casos, la espera se prolongaba durante un año e incluso más, como sucedió con los soldados destinados al Nuevo Reino de Granada, y esta circunstancia favorecía la multiplicación del número de enfermos.

La escasa soldada que recibían, una muy mala dieta de alimentación y el hacinamiento en los alojamientos, propio de carácter circunstancial de su permanencia en la ciudad, propiciaron una serie de enfermedades, que aunque no eran nuevas, tenían una mayor incidencia sobre la población sometida a estas circunstancias. Se trata de fiebres de distintos orígenes, sarna y disentería.⁴⁸ Este tipo de enfermedades son también propias de las cárceles y hospicios, y conviene recordar que muchos de los «soldados» son reos de diversos delitos que permanecían encerrados en las cárceles y castillos hasta el momento del embarque.

Los remedios generales para combatir estas dolencias justifican que el origen de las mismas estaba en la falta de higiene y en la alimentación. Concretamente, se recomendaba blanquear las paredes dos veces al año y fregar los suelos además de limpiar las paredes con vinagre y pólvora que se quemaba para que «con la explosión se eliminaran las exhalaciones inmundas».⁴⁹ En una palabra, se trataba de desinfectar los locales con los medios que suponían más eficaces. En cuanto a la dieta, los médicos del momento aconsejaban mejorar la calidad de los alimentos y evitar en lo posible el comer siempre habas,⁵⁰ aunque esta condición resultaba más difícil de cumplir que las anteriores porque el escaso prest del soldado apenas daba de sí.

Si los condicionamientos generales que sufría la tropa nos hacen suponer un alto número de enfermos en las unidades, la proliferación de hospitales provisionales para asistir a los soldados nos confirma plenamente esta idea.

Desde principios del siglo el Hospital Real de la Marina, destinado a la gente de la Armada, tuvo que asistir a los enfermos del Ejército, porque su número desbordaba ampliamente los hospitales

48 Hermosilla Molina, Antonio: Op. cit., págs. 581-582.

49 Ibidem.

50 Ibidem.

de San Juan de Dios con los que se había establecido contratas,⁵¹ y a partir de entonces la cifra de pacientes del Ejército que tuvo que admitir nunca cesó de incrementarse. El problema de la superpoblación de este hospital se agudizó en la segunda mitad del siglo por el aumento del movimiento de tropas que ya hemos señalado. En 1777, el Hospital Real de la Marina, había rebasado con amplitud su capacidad de camas, superando los mil cien enfermos.⁵² La necesidad de aumentar el número de camas para el Ejército provocó la petición del conde de O'Reilly para que el Hospital de la Marina se destinara exclusivamente a los militares, enviando a la gente de marina a la Casa de las Anclas en la isla de León o al hospital de La Carraca.⁵³

La urgencia por aumentar la capacidad del hospital y la negativa de la ciudad a aumentar dentro de su recinto el número de hospitales, condicionaron el levantamiento de los hospitales provisionales extramuros de la ciudad. De entre los que se habilitaron, uno de los que mejores condiciones presentó fue el de la Segunda Aguada, cuyo edificio era de una sólida fábrica de piedra con unas treinta salas capaces de albergar más de 600 camas.⁵⁴ Su localización muy próxima a la bahía entre huertas y retamares, lo convirtieron en un lugar muy a propósito para los convalecientes, pues las disposiciones de los médicos, vinculados al Colegio de Medicina y Cirugía, aconsejaban separar a los que se recuperaban para preservarlos de nuevos contagios.

Los soldados del Regimiento Auxiliar de Santa Fe, asentados en la ciudad desde 1796 a 1801 mientras esperaban poder embarcarse, no fueron ninguna excepción y sufrieron las consecuencias de la situación anteriormente expuesta.

El 70 % tuvo necesidad de ingresar alguna vez en un hospital. La mayoría de los enfermos (el 89'5 %) fueron asistidos en el Hospital Real de la Marina y en el de la Segunda Aguada (53'8 % y 37'7 %) respectivamente pero también fueron atendidos en otros

51 A. G. I., Panamá, 166. Carta del Almirante, General Navarrete. Cádiz, 29 de marzo de 1700.

52 Clavijo Clavijo. Salvador: *Trayectoria...*, pág. 74.

53 *Ibíd.*, pág. 82.

54 *Ibíd.*

hospitales, como el provisional de Los Mártires, el de La Carraca y el de Convalecencia que se levantó en Cádiz en tiempo de epidemias. Esto por lo que se refiere a hospitales militares. Sin embargo, también se utilizaron en alguna ocasión los hospitales de la Orden de San Juan de Dios, situados en Medina Sidonia (2'8 %), en Ronda (0'1 %) y en Sanlúcar de Barrameda (2'8 %).

Los destinados al Regimiento de Santa Fe causaron un total de 16.526 estancias entre todos los hospitales, durante los años que permanecieron en Cádiz, lo cual da una media de 94'9 estancias por individuo hospitalizado. Las medias de hospitalizaciones en cada uno de los años son las siguientes:

	<i>estancias</i>	<i>individuos</i>	<i>estancias por individuo</i>
1796	4.738	114	41'5
1797	2.978	63	47'2
1798	3.017	72	41'9
1799	3.273	73	51'9
1800	2.510	70	34'3

El procedimiento general para que un soldado ingresara era, como ya indicamos, por orden directo del cirujano asignado a su unidad, una vez que éste lo había reconocido. Normalmente, los individuos del Auxiliar de Santa Fe fueron asistidos en el Hospital de la Marina para los casos de mayor gravedad, y en el de la Segunda Aguada para los menos graves y los convalecientes. No obstante, frecuentemente había casos que recibían asistencia en los dos hospitales, e incluso en alguna ocasión un mismo soldado pasó por tres o cuatro hospitales. La regla fue pasar por los dos hospitales citados (34'4 % de los casos) o bien por uno de ellos exclusivamente (34'4 % en la Segunda Aguada y 30 % en la Marina). Se dio también con cierta frecuencia el que un soldado asistido en la Segunda Aguada pasara al cabo de muy pocos días al Hospital de la Marina, donde quedaba ingresado durante una larga temporada que era a veces de dos o tres meses. Este hecho indica un agravamiento del estado general del enfermo.

Aunq̄ue ya hemos señalado que la media de estancias por in-

dividuo fue de 94'9, esta cifra ante datos muy dispares resulta bien poco significativa por no decir falsa. Se ha llegado a esta conclusión tras el análisis del número de estancias causadas por cada individuo. El cuadro que se presenta es el siguiente:

<i>Estancias</i>	<i>soldados</i>	<i>%</i>	
menos de 50	91	52'7	
más de 50	29	16'6	
más de 100	28	16)
más de 200	14	8)
más de 300	5	2'8) + = 14'7 %
más de 400	4	2'2)
más de 500	3	1'7)

Resulta evidente, que más de la mitad de la población analizada pasó poco más de un mes, en conjunto, en los hospitales, y además lo hizo en diferentes ocasiones. El 69'3 % de los hospitalizados causó menos estancias que el 30'7 % de los mismos. También en este caso conviene tener presente la incidencia de la epidemia de 1800 que multiplicó los ingresos, que en el 85'7 % de los casos fueron por un tiempo máximo de siete días, murieran o no.

El 6'7 % de los soldados hospitalizados, estuvieron ingresados durante más de 300 días, llegando alguno de ellos a superar los 700. Todos, excepto uno, tenían una dolencia de origen venéreo. Estos soldados son huéspedes permanentes y pasaron largas temporadas de dos y tres meses, para, al poco tiempo volver a ingresar. El índice de mortalidad es de un 41'16 %, de los cuales algunos murieron durante la epidemia y otros en 1797 tras más de 400 días en el hospital. Lo que demuestra que el año anterior y parte de 1797 lo pasaron ingresados la mayor parte del tiempo.

En el 24 % de los asistidos, se simultanearon las estancias largas y cortas. Lo más frecuente son estancias cortas pero periódicas, seguidas de alguna estancia más prolongada. pero rara vez pasaron de un mes seguido en el hospital.

3.—*La mortalidad*

El índice de mortalidad que registró este colectivo fue bastante elevado, aunque lo consideramos similar al del resto de los cuerpos del Depósito de Cádiz. De los 246 soldados murieron 65, que suponen un 26'4 % del total y un 37'3 % de los hospitalizados. No obstante, hay que considerar que en este número entra la elevada mortalidad causada por la gran epidemia de fiebre amarilla que arrasó Cádiz en 1800.

El número de fallecimientos entre los hospitalizados suponen el 73'8 % de todos los soldados que murieron. Considerando que el índice de mortalidad entre los ingresados en 1800 es del 20 %, pensamos que el resto de los fallecidos de los que carecemos de datos, murieron en su gran mayoría sin hospitalizar durante la epidemia. Avalamos esta opinión después de haber estudiado el número de estancias que este tipo de enfermos causó en los diversos hospitales:

— Enfermos con 1 estancia:	3
— » con menos de 4 estancias:	4
— » » » 7 »	6
— » » 7 »	4
— total de muertos	17

Estos datos corresponden al mes de septiembre en los hospitales de la Marina y de la Segunda Aguada. En todos los casos, ninguno sobrevivió una semana, y la mayoría causaron más de cuatro estancias. No resulta pues nada extraño que en esos días muriera mucha gente sin poder recibir asistencia hospitalaria, teniendo en cuenta además, que éstos estarían abarrotados y gran parte de la asistencia médica se haría in situ.

Son estos los hechos que explican la extraña relación que se da ese año entre el número de estancias y el índice de mortalidad, porque efectivamente 1800 es el año en que se causan menos estancias en los hospitales, y sin embargo tiene un sobrecogedor número de fallecimientos. El cuadro que muestra esta relación quedaría de la siguiente manera:

<i>Año</i>	<i>N.º estancias</i>	<i>muertos</i>	<i>%</i>
1796	4.738	7	14'4
1797	2.278	5	10'4
1798	3.017	2	4'1
1799	3.372	4	8'3
1800	2.510	30	62'5

En el año 1797 parece suceder algo similar al de la epidemia aunque sin ese espeluznante índice de mortalidad, porque siendo el otro año en el que menos estancias hubo, tiene un mayor número de fallecidos que los años que siguieron. En este caso es posible detectar otro problema epidémico.

4.—*Las enfermedades*

El tipo de documentación utilizada, revistas y cuentas de gastos, no proporciona información sobre el tipo de dolencias padecidas por los soldados, excepto en el caso de las venéreas, y esto por los mayores gastos que ocasionaba su tratamiento. Sin embargo, estudios previos sobre el tema que nos ocupa⁵⁵ han demostrado que las enfermedades más frecuentes en la población militar eran las mismas que en la población civil. Nos estamos refiriendo a la tuberculosis, dolencia muy generalizada casi de carácter endémico y propia de poblaciones con unas condiciones de vida precarias. Seguían después con una incidencia parecida, las enfermedades de origen digestivo producto de la inadecuada alimentación, y las de origen venéreo, concretamente la sífilis.

a.—*La tuberculosis*

Resulta completamente lógico que la mayor parte de los enfermos de la tropa sean tuberculosos, porque todas las circunstancias en que se han desenvuelto han coadyuvado a facilitar su contagio. En primer lugar el déficit de proteínas y vitaminas en su

⁵⁵ Marchena Fernández, Juan: Op. cit.

dieta habitual⁵⁶ y consecuentemente la debilitación de las defensas del organismo. Simultáneamente la falta de higiene personal, propia del ambiente social del que procedían y de su alojamiento «provisional» en Cádiz que facilitaba la infección, ya que el bacilo penetra en el organismo por inhalación de una atmósfera ya contagiada y también a través de los alimentos. En segundo lugar, la tuberculosis afecta por los regular a niños y jóvenes y, la tropa que se preparaba para ir a América solía ser joven. Por último, el carácter endémico de esta enfermedad multiplicaba las posibilidades de un contagio en un medio que de por sí lo favorecía plenamente.

Ante este panorama, lo extraño habría sido que los tuberculosos fueron pocos. Complica su estudio, desde una perspectiva actual, los numerosos cuadros clínicos que puede presentar, determinados por la localización del agente bacteriano, o por su virulencia, o por la resistencia del organismo o por sus inmunidades. La reacción es diferente según sea una recaída o un nuevo contagio, o por el contrario se padezca por primera vez la enfermedad. Ante manifestaciones tan dispares de una misma dolencia, los médicos de la época sólo diagnosticaron como contagiosa la tisis o tuberculosis pulmonar, caracterizada por una consunción gradual y lenta, fiebre hética y ulceración en algunos órganos. En los demás casos, los tuberculosos permanecieron hospitalizados en salas normales favoreciendo con ello la infección del resto de los pacientes con los que compartían la sala. Como además la primera infección pasa inadvertida, y sólo evoluciona al cabo de un cierto tiempo que puede ser de meses y años (dependiendo de las circunstancias de cada afectado) era muy difícil establecer la consecuencia del contagio en el mismo hospital, porque la observancia y el análisis comparativo resultaba dificultado por los diferentes cuadros clínicos.

La terapéutica recomendada era a base de un reposo, un clima favorable y alimentación adecuada durante una larga temporada. Precisamente, este tratamiento, pese a su escasa dificultad aparente, resultaba prácticamente imposible de cumplir. La alimentación del hospital, aunque mucho mejor que la ordinaria, no resultaba suficiente; además, en estos casos las hospitalidades no eran muy

⁵⁶ Los estudios sobre la dieta general del Ejército de América forman parte de un trabajo conjunto de los profesores Juan Marchena Fernández y Carmen Gómez Pérez sobre la vida cotidiana en el Ejército de América y que está próximo a publicarse. Agradecemos desde aquí la gran ayuda dispensada por ambos.

seguidas, y los soldados regresaban frecuentemente a su alojamiento habitual, con la consiguiente recaída. Con la higiene pasaba otro tanto. Y en cuanto al clima, la gran humedad de una ciudad marítima como es Cádiz, el levante y el calor veraniego que se prolongaba más allá de la estación estival, no podía resultar muy favorable para los afectados. Dificultaba el tratamiento la convivencia en el hospital con otros tuberculosos, porque se favorecía así la recaída o la reinfección.

b.—*Las enfermedades venéreas*

Según los datos de que disponemos para el Regimiento Auxiliar de Santa Fe, el 21'8 % de sus enfermos eran sífilíticos (del resto no consta enfermedad por estar incluido su tratamiento dentro de los gastos generales de la hospitalización). Por el contrario para los afectados por el mal gálico, el único remedio que parecía resultar eficaz fueron las uncciones mercuriales y los baños en aguas medicinales. En ambos casos, la terapéutica resultaba muy gravosa para la Real Hacienda. Por las propias características de la sífilis, el tratamiento se iniciaba a partir de la segunda fase de la enfermedad, porque sólo entonces surgían los síntomas serios que aconsejaban el internamiento: manifestaciones eruptivas en la piel y mucosas, acompañados de fiebres, dolores, tumefacciones ganglionares, etc. En ese estado general con mejorías y recaídas, un enfermo podía pasar unos tres o cuatro años si no se lograba eliminar la infección. Para ello había que contar con una serie de facilidades, al margen del propio tratamiento, que eran muy difíciles que se cumplieran dentro del esquema de vida de un soldado. Nos estamos refiriendo a la higiene, alimentación, etc.

La larga duración de esta fase de la sífilis es lo que explica el alto número de estancias que causan estos pacientes, algunos de los cuales tienen en su haber más de 600 días de hospitalización, como son los casos de Antonio Gómez, recluta de dicho regimiento, y Juan José Rejano, soldado procedente de un regimiento español y voluntario para el Nuevo Reino de Granada. El primero pasó casi dos años día por día en el hospital; pasó diez meses seguidos en el Hospital Real de la Marina; ingresó el 14 de julio de 1798

para abandonar el hospital el 23 de mayo del año siguiente. El alta se le dio para que se dirigiera a los baños de Ardales en la provincia de Jaén, y después volvió a ingresar de forma continua hasta que desertó en mayo de 1800, después de haber abandonado el hospital. El otro caso es similar, aunque su estado no fue tan grave, ya que pasó con frecuencia por el centro de la Segunda Aguada y resistió el envite de la fiebre amarilla.

Otra característica del mal gálico y que hay que tomar en cuenta a la hora de estudiar el nivel de salubridad de los soldados, su asistencia hospitalaria, y la eficiencia de ésta, es la desaparición de los síntomas y dolores al cabo de unos tres o cuatro años. Es decir: hay una etapa en que la enfermedad parece que ha hecho crisis y se ha superado. Sin embargo, al cabo de un período de «silencio» en la dolencia, empiezan a surgir los síntomas y manifestaciones de la tercera fase de la enfermedad, caracterizada por la aparición de los «gomos» (formaciones nodulares solitarias o múltiples) que aparecen con mayor frecuencia en la tibia, radio y esternón aunque atacan a cualquier parte del organismo. Estas formaciones evolucionan hasta la necrosis tras formar úlceras. Esta última fase del mal es ya realmente peligrosa y tiene como una de sus peores manifestaciones las afecciones sobre el sistema nervioso central, que produce una parálisis general progresiva.

El índice de mortalidad entre este tipo de pacientes del Auxiliar de Santa Fe en Cádiz es de un 21 %, de los cuales más de la mitad murieron durante la epidemia. Aunque la mortalidad resulta elevada, no lo es tanto como para considerar la sífilis como una dolencia en principio mortal, sino más bien que la debilitación general que ocasionaba en el organismo propiciaba la incidencia de otras enfermedades.

De todos los afectados, el 54 % fueron tratados con uncciones de mercurio, el 32'4 % con baños medicinales y el 13'5 con ambos tratamientos. Las uncciones se aplicaron sólo una vez a cada individuo en casi la mitad de los casos (14 soldados); en el resto el mal estaba tan avanzado o tan arraigado, que hubo que recurrirse a una segunda unción (en cuatro casos) y hasta a una tercera (a dos individuos).

Las uncciones mercuriales fueron el remedio más frecuente, pero resultaban muy perjudiciales sus emanaciones para el resto de

los enfermos, por lo que a los unciarios había que mantenerlos aislados. La mayor necesidad de espacio que necesitaban los hospitales, para poder aislar a los que estaban recibiendo este tratamiento, agudizó el problema de falta de salas que de por sí padecían los hospitales militares de Cádiz. Se intentó solucionar en alguna ocasión habilitando el castillo de Santa Catalina para hospital de unciarios, lo cual da una idea de que la población militar con esta enfermedad era muy numerosa.⁵⁷

El tratamiento lo financiaba la Real Hacienda, aunque al soldado su regimiento le descontaba una parte de su sueldo para pagar estancias en el hospital y tratamiento. Las unciones resultaban un remedio relativamente caro: cada una costaba 40 reales desde 1797, por lo que fueron 1.240 reales los que tuvo que pagar la Superintendencia General de Andalucía para aplicar estos remedios a los soldados de este cuerpo americano.

Por real orden de 4 de febrero de 1789⁵⁸ la Real Hacienda pagaba también las estancias en los balnearios de aguas medicinales, pero debido al elevado coste que esto podía suponer al real erario, la real orden fijaba una serie de requisitos para tratar de limitar los abusos que la «real merced» podía suscitar. La disposición definía claramente que:

- 1.º Los balnearios tenían que estar en la provincia de destino del regimiento o unidad.
- 2.º Este remedio sólo podía ser recetado a los que realmente tuvieran necesidad de ello y por medio de un certificado médico, que tenía que indicar expresamente el balneario o aguas medicinales adonde el enfermo tenía que dirigirse.
- 3.º En el lugar del balneario los enfermos habían de presentarse al médico y a los justicias locales para que fuera registrada su llegada; les facilitarán alojamiento y auxilio y certificarán sus fechas de llegada y salida.

57 Clavijo Clavijo, Salvador: *Trayectoria...*, pág. 75.

58 Suárez, Santiago Gerardo: *Ordenamiento Militar en Indias*, Caracas, Academia Nacional de la Historia, 1971, págs. 235-237.

- 4.º Se abonarán seis reales por cada una de las estancias en los lugares de los baños, considerando también como tales los días de viaje.
- 5.º «S. M. considera como muy raros los casos en que la Tropa pueda necesitar este remedio». ⁵⁹

Aunque la real orden parece destinar el remedio de los baños a los suboficiales y oficiales, en el caso que nos ocupa los médicos recetaron con relativa frecuencia esta terapéutica a la tropa, y enviaron a 17 soldados a los balnearios. Todos, fueron a los baños de Ardales, menos uno que se envió a los de Graena, en Granada. La media de permanencia fue de casi dos meses, exactamente, 56'6 estancias por individuo.

Al establecerse de forma fija el precio en seis reales, éste resultaba sensiblemente más bajo que una estancia en cualquiera de los hospitales militares, que estaba establecida a partir de 1797 en 9 reales. Ante esto, resultaba más barato para la Real Hacienda enviarlos dos meses a tomar baños que hospitalizarlos en Cádiz durante ese tiempo. Esta debió ser la razón para hacer más extensiva a la tropa la real orden de 1789. En este sentido, conviene también señalar que entre el grupo de militares, aunque su ausencia es lógica porque los oficiales eran asistidos en un pabellón aparte y no pasaban revista, sólo aparece un suboficial; se trata del sargento don Angel Abauzo que también fue asistido con el doble remedio de unciones de mercurio y baños medicinales.

En el caso de que el «remedio» mayor de unciones no causase todo el efecto deseado, o bien dejase alguna consecuencia en los enfermos (hay que considerar que el mercurio puede ser muy venenoso y sus efectos se manifiestan con trastornos neuropsíquicos del aparato digestivo y del aparato osteo-articular), se enviaba al paciente a los baños. Las curas de aguas minerales pueden originar una acción general de estímulo sobre el metabolismo y sobre las defensas orgánicas, y una acción específica sobre los distintos órganos y una acción local. La primera es común a todas las aguas medicinales y las otras dependen de los componentes disueltos en las aguas. La terapéutica, aunque no muy efectiva, ya que casi todos

59 Ibidem.

volvían a ingresar en el hospital a su regreso, resultaba por lo general favorable, por el cambio de aires y una vida un poco más sana que la que llevaban en Cádiz. Por otra parte, el poder adquisitivo de los sueldos en estos lugares era mayor, por lo que su alimentación podía ser mejorada, y los baños, aunque con fines medicinales, aumentaban su higiene dismiuyendo el riesgo de enfermedades infecciosas.

Sin embargo, fueron muy pocos (sólo cinco soldados) los que recibieron el doble tratamiento de unciones y baños.

Así, el cuadro de asistencia y mortalidad de esta clase de enfermos, queda de la siguiente manera:

<i>N.º de estancias</i>	<i>unciones</i>	<i>baños</i>	<i>fecha muerte</i>
249		66	julio 1800
209	1		»
40		86	»
320	1		octubre 1800
116		55	»
114	1		»
?		57	»
398	1		»
193	2		»
179	1	87	»
43		90	»
63	2		»
389		126	»
157	1		»
726	2	60	»
?		48	»
570	3		»
339	1		abril 1797
461	1		diciembre 1797
104		78	»
220	2		»
136	2		»
265	1		»
414	1		»

<i>N.º de estancias</i>	<i>unciones</i>	<i>baños</i>	<i>fecha muerte</i>
127		55	»
94	1		»
173	1	48	diciembre 1799
617	1	48	»
246	1	71	septiembre 1800
5		90	»
248	3		»
132	1		»
209	1		»
168		31	»
338		20	»
210	1		»

Elaborados estos datos, se obtienen los siguientes cuadros muestras en los que hemos basado nuestra exposición para esta enfermedad:

- 1.º caso: % de enfermos con 1 unción
- 2.º caso: % » » » 2 unciones
- 3.º caso: % » » » 3 »
- 4.º caso: % » » » baños
- 5.º caso: % » » » doble tratamiento.

— medias de estancias en el hospital en el 1.º caso: 208'9
 2.º » 153
 3.º » 409
 4.º » 159'6
 5.º » 388'2

— medias de estancias en los baños: 65'6

— mortalidad en el 1.º caso: cinco muertos

- 2.º » ninguna
- 3.º » ninguna
- 4.º » ninguna
- 5.º » dos muertos

c. *La fiebre amarilla*

La fiebre amarilla es una enfermedad de origen tropical y propia de países cálidos y marítimos. En España, se localizó en los puertos de mayor tráfico con América y con temperaturas cálidas, desde donde se extendió. Todo esto es lo mismo que decir Cádiz y su entorno.⁶⁰ Es una enfermedad de carácter infeccioso, producida por un virus filtrable que se transmite por la picadura del mosquito aedes aegypti.

El área gaditana sufrió su envite en diferentes ocasiones y desde el decreto de libertad de comercio de 1778 se extendió hasta el interior y hacia las costas con similares características. La epidemia de 1800 fue la que más ampliamente rebasó los límites geográficos de las anteriores, llegando hasta Jerez, Sevilla, Medina Sidonia y Málaga.⁶¹ La mortalidad que provocó es impresionante: en Cádiz, 7.387 muertos (12'8 % de la población) de 57.499 habitantes; en Sevilla, de una población superior a las 80.000 personas,⁶² fallecieron 14.483, casi el 20 % de los habitantes; en los demás pueblos y ciudades, la tónica de los afectados es similar, pero casi siempre en áreas urbanas, siendo un fenómeno casi exclusivo de las grandes concentraciones de población.⁶³

Los estudios de Jordi Nadal sobre la incidencia de la fiebre amarilla en Cádiz⁶⁴ nos proporcionan una mortalidad de un 12'8 % que resulta sensiblemente inferior al porcentaje de Sevilla, aunque esta capital tenga 30.000 habitantes más. Los datos de Nadal proceden del análisis de los registros parroquiales, cuando el número de la población flotante de Cádiz, más el de las distintas unidades militares es muy importante, e incrementarían notablemente la población de la plaza. Además, el fallecimiento de los soldados se registraba en los libros sacramentales de las respectivas unidades, por lo que no constan en los registros parroquiales, ya que además la existencia de una parroquia militar en Cádiz es más tardía.

Si tomamos como exponente de la mortalidad militar en Cádiz

60 Nadal, Jordi: *La población española*. Barcelona, Ariel, 1971, pág. 101.

61 *Ibidem*.

62 *Ibidem*.

63 *Ibidem*, pág. 105.

64 *Ibidem*, pág. 101.

durante la epidemia la que tuvo el Auxiliar de Santa Fe, ésta es de un 20 %, cifra bastante respetable y superior a la expuesta por el profesor Nadal, aun teniendo en consideración la mayor tasa de mortalidad en los hombres jóvenes,⁶⁵ propio de esta clase de epidemias. Por ello, pensamos que el índice de la mortalidad en la población militar residente en Cádiz debió ser algo superior a los datos aportados por Nadal, y que entre esta clase de habitantes se daban las circunstancias más propicias para acentuar la incidencia de la epidemia: juventud masculina, hacinamiento y falta de higiene, y mala alimentación. A ello se sumó el calor húmedo y viscoso del mes de septiembre, fecha en que la epidemia llegó a su auge con el mayor número de fallecimientos y hospitalizaciones.

En el apartado dedicado a la hospitalización, hemos indicado el paso tan rápido de estos pacientes por los hospitales. La mayoría murieron a la semana de haber ingresado o antes, y sospechamos la existencia de un número de afectados sin asistencia hospitalaria. Como los aspectos de mortalidad y hospitalización provocados por la epidemia ya están tratados en los respectivos apartados, a ellos nos remitimos para evitar innecesarias repeticiones.

* * *

Después de este breve estudio sobre la sanidad del Ejército de América estacionado en Cádiz, son varias las conclusiones generales que se desprenden y que presentamos muy esquemáticamente a modo de recapitulación.

El nivel de salubridad era evidentemente muy bajo, producto principalmente de las malas condiciones de vida en que se encontraban, acentuadas además por la provisionalidad de la estancia, y que en algunos casos, como el que hemos estudiado, se alargaba durante varios años.

La Administración tendió a cubrir la asistencia sanitaria del Ejército en los dos niveles de oficialidad y tropa con la creación de la infraestructura sanitaria necesaria. Esta se basaba en los hospitales militares, el Real Colegio de Medicina y Cirugía de Cádiz,

65 *Ibidem*, pág. 105.

cuyos médicos se hallaban vinculados al Hospital Real de la Marina, y la financiación por parte de la Real Hacienda de tratamientos más caros como unciones y estancias en los balnearios.

También el gran movimiento de tropas de la ciudad hizo insuficiente la infraestructura sanitaria, proliferando por tanto los hospitales provisionales, algunos como el de la Segunda Aguada, muy bien dotados para su misión, pero otros, claramente deficientes.

Las enfermedades más frecuentes padecidas por los soldados no eran exclusivas de este grupo humano, sino que también formaban parte del patrimonio general de la población española.

Por último, señalar que la Sanidad Militar funcionó en general mejor que el resto de las instituciones hospitalarias, debido precisamente a su carácter militar con el obligado cumplimiento de las ordenanzas y reglamentos, y a los médicos del Real Colegio de Medicina. Estos, pertenecientes a la vanguardia de la medicina y abiertos a los nuevos conocimientos, introdujeron en los hospitales militares de Cádiz unas normas mínimas de higiene y limpieza, y una organización más racional y eficaz, aunque más cara, en el funcionamiento del hospital. Por último, difundieron los principios de los tratados de sanidad militar que se publicaron en Europa y cuyo espíritu forma parte de los reglamentos de los hospitales militares. La rutina de la disciplina militar y la financiación de la Real Hacienda hizo efectivas estas disposiciones. En consecuencia se puede decir que los hospitales militares de Cádiz estuvieron entre los que mejor funcionaron, aunque la insalubridad de las condiciones y el escaso avance médico del momento no permitieran muchos posibilidades en orden a la curación de sus pacientes.