

LA SANIDAD MILITAR EN CUBA

Manuel GRACIA RIVAS
Tte. coronel Médico de la Armada
Historiador naval

El interés de los estudios históricos radica en algo más que en la mera curiosidad por conocer unos hechos acaecidos en un pasado más o menos remoto, pues de ellos y de las circunstancias que les rodearon podemos extraer enseñanzas que nos ayuden, tanto a la hora de solventar los problemas presentes como a prepararnos para afrontar los retos del futuro.

Y si esto es evidente para cualquier faceta de nuestra actividad cotidiana, adquiere un especial significado en el caso de la Sanidad en donde los espectaculares descubrimientos llevados a cabo en el presente siglo en muchos campos de la Medicina han contribuido, frecuentemente, al desarrollo de un sentimiento de confianza ilimitada en nuestras posibilidades, que nos induce a contemplar desde una falsa posición de seguridad el permanente combate que el hombre ha mantenido, a lo largo de los siglos, contra el dolor y la enfermedad.

En el ámbito de la Sanidad Militar es cierto que quedan muy lejanas aquellas épocas, anteriores al descubrimiento de la patología infecciosa, en las que las grandes concentraciones de tropas entrañaban un riesgo permanente que, en muchas ocasiones, daba lugar a su destrucción antes de que llegaran a entrar en contacto con el enemigo. De ahí que algunos de nuestros autores clásicos señalaran que los ejércitos eran *«frágyiles organismos sometidos a los embates incontrolables de la enfermedad»*.

Atrás queda también el lamentable espectáculo que ofrecían los heridos agonizando sobre los campos de batalla sin que existiera un dispositivo asistencial que contribuyera a aliviar sus sufrimientos, aunque conviene recordar que siglos antes de que la patética visión de Solferino impulsara a Durant a crear la Cruz Roja, nuestros Tercios dispusieron de un eficaz apoyo sanitario que, en su época, pudo ser considerado como modélico.

Pero el hecho de que los antibióticos hayan contribuido a disminuir los riesgos de infección o que las nuevas técnicas de evacuación faciliten la atención a los heridos en un período de tiempo mucho más breve, no ha podido evitar que los aspectos sanitarios hayan adquirido un especial protagonismo en algunos de los más recientes conflictos bélicos, desbordando los ámbitos especializados para convertirse en objeto de apasionada polémica en los medios de comunicación. Basta recordar casos bien conocidos como el de la utilización de agentes defoliantes en la guerra del Vietnam; el debate suscitado en torno al denominado «síndrome del Golfo» que al parecer presentan algunos de los soldados que participaron en el conflicto de Kuwait o la reciente campaña en contra de la fabricación de minas personales, por la secuela de víctimas inocentes que su uso indiscriminado provoca, más allá de los límites de cada conflicto.

Los ejemplos podrían ser múltiples porque la Guerra por su misma naturaleza y

sobre todo por sus consecuencias será siempre un problema eminentemente sanitario que es preciso abordar desde sus diversas facetas, teniendo presente que cada conflicto se convierte en fuente inagotable de enseñanzas para mejorar los procedimientos asistenciales del futuro. De ahí la necesidad de disponer de una Sanidad Militar integrada por personal altamente cualificado en sus diferentes especialidades pero, sobre todo, dotado de los medios y la mentalización necesarios para hacer frente a los requerimientos y exigencias que plantean los enfrentamientos bélicos, objetivo primordial de quienes forman parte de las Fuerzas Armadas.

A finales del siglo pasado, el Ejército y la Armada se vieron envueltos en un cruel conflicto en el que los problemas sanitarios tuvieron un especial protagonismo derivado de las características del medio geográfico en el que se desarrollaron. Ofrecer un análisis detallado de la Sanidad Militar durante las campañas de Cuba excede mis posibilidades y objetivos actuales, entre otras razones porque, aunque pueda parecer sorprendente, en España todavía es más fácil acceder a la documentación del siglo XVI que a la de finales del siglo XIX, y sobre todo porque he preferido ceñirme al ámbito estricto de la Sanidad Naval que es el campo habitual de mi trabajo. Ello no ha de impedir una primera aproximación a un tema especialmente atractivo del que pueden derivarse, como antes les decía, enseñanzas que contribuyan a evitar algunos de los errores que entonces se cometieron desde planteamientos muy similares a los nuestros.

Los problemas sanitarios del conflicto cubano

Todavía perviven en el recuerdo de nuestras gentes, la imagen de aquellos jóvenes extraídos bruscamente de los pueblos y aldeas de aquella España rural, tan diferente de la actual, que confundidos en sus uniformes de rayadillo atravesaban las «amargas aguas» del Océano para enfrentarse a las duras experiencias de un mundo en el que tras aquellas primeras impresiones de la llegada, luz deslumbrante, vivos colores y el olor característico del trópico, se ocultaban penalidades sin cuento, las duras marchas bajo el calor sofocante, las guardias en las pequeñas posiciones de las trochas, el temor a las emboscadas de los mambises y sobre todo el permanente acoso de la enfermedad, bajo la que iban a sucumbir un buen número de ellos.

Al recordar aquellos momentos suele ser habitual destacar el heroísmo de algunos y la entrega abnegada de muchos otros. Bueno es que la Nación rinda homenaje a sus héroes, pero también es importante que, en algún momento, recordemos el sacrificio de aquellos hombres débiles en su constitución, mal vestidos, deficientemente alimentados y alojados en acuartalamientos insalubres que se disponían a escribir una de las páginas más tristes de nuestra historia contemporánea.

Dentro del Ejército de Tierra los 23 médicos que en 1854 se encargaban de la asistencia sanitaria a los 17.000 hombres entonces destinados en la isla, se transformaron años más tarde en los 365 que fue preciso enviar para atender a las numerosas fuerzas allí desplazadas (1).

(1) En 1854 el Cuerpo de Sanidad Militar estaba integrado por 300 hombres, mientras que en 1897 alcanzó una cifra superior a los 800. Véase Massons (1994) para todos los datos referidos a Sanidad del Ejército de Tierra.

La preocupación constante de estos hombres fue la de mantener la salud de un contingente seriamente amenazado por la falta de aclimatación. Fueron muchos los métodos propuestos y ensayados para paliar las inevitables consecuencias de los bruscos cambios a los que se veían sometidos: Un cierto período de permanencia en las Canarias antes de efectuar la travesía del Océano y el establecimiento de centros de acogida en determinadas zonas de la propia isla de Cuba, juzgadas como menos insalubres (2); efectuar las navegaciones en las épocas consideradas más propicias, e impedir las consecuencias de aquellos recibimientos apoteósicos que dispensaban las distintas corporaciones cubanas a los nuevos soldados y en las que se prodigaron todo tipo de excesos, fueron algunas de ellas, junto con las constantes denuncias de la deficiente calidad de las raciones alimenticias que muchos médicos consideraban inadecuadas para el clima de la isla (3), así como las características de la uniformidad reglamentaria: Traje de rayadillo, azul y blanco, con un sombrero que al principio fue de buena calidad pero que, muy pronto, fue sustituido por otro peor (4); botas sin calcetines y camisa de crea sin camiseta ni calzoncillos no eran el vestuario más adecuado para enfrentarse al clima tropical, lo que dio lugar a procesos muy diversos, desde las simples rozaduras originadas por la utilización de botas por hombres que jamás habían calzado zapatos, hasta las múltiples afecciones cutáneas provocadas por la falta de higiene y el roce del pantalón, junto con las consecuencias derivadas de un enfriamiento rápido del cuerpo por la escasa protección que proporcionaba la camisa (5).

Nada se hizo por atender estas pequeñas sugerencias de carácter higiénico y muy poco por paliar las graves amenazas que se cernían sobre los europeos en un clima considerado hostil. Conviene recordar que, por entonces, se consideraba normal que, durante el primer año de su estancia en la isla, enfermara el 12 % de los inmigrantes llegados desde la península, con un 43 % de fallecimientos, cifras que en el caso del contingente militar fueron muy superiores como lo demuestran esa media de 738 fallecidos, cada año, durante el período 1860-1865 (6), o los numerosos casos de personas a las que fue necesario repatriar por causas sanitarias.

La Sanidad Naval en Cuba

Dentro de este marco hay que situar la labor desarrollada por la Sanidad Naval, encargada de atender a los 1.500 hombres de la Armada que, por término medio, hubo destinados en la isla.

(2) La isla de Pinos, el Limonar y el Carey entre otros.

(3) Era casi igual a la que se facilitaba en la península y tenía su origen en la ración alimenticia de nuestros Ejércitos del siglo XVI, compuesta básicamente por pan o galleta, «menestra», tocino, carne y salazones. La diferencia más importante respecto a lo que consumía un soldado del siglo XVI eran las patatas que, por razones evidentes, no se podían utilizar entonces, mientras que en el pasado siglo constituían una parte importante de la ración.

(4) Fabricado con un trenzado de pita o palma que no gozó del favor de los soldados.

(5) Se pidió reiteradamente la entrega a los soldados de calzoncillos y calcetines que paliaran el sufrimiento en las marchas. También se propuso la sustitución de la camisa por otra de franela y el uso de faja y polainas.

(6) MASSONS (1994) citando a MORENO FRAGINALS señala que el índice de mortalidad entre las tropas era el doble que el correspondiente al personal civil.

A las órdenes del un Subinspector de 1.^a, Jefe de Sanidad del Apostadero de La Habana, un conjunto de médicos que nunca fueron más de 15, se hizo cargo de los distintos establecimientos sanitarios dependientes de la Armada en la isla.

Inicialmente, hubo un hospital naval dentro del Arsenal, pero tras su clausura a comienzos del siglo XIX, los enfermos tuvieron que ser ingresados en los diferentes hospitales militares de La Habana, aunque en ellos hubo siempre salas independientes atendidas por médicos navales (7).

Además, y en función de las necesidades de cada momento, se establecieron enfermerías navales en diferentes puntos de las islas como Santiago, Gíbara, Manzanillo, Nuevitas y Cayo Romano (8), algunas de las cuales tuvieron una intensa actividad durante determinados períodos.

Al enjuiciar la labor desarrollada por la Sanidad Naval es importante conocer las características del conjunto de profesionales que integraban un Cuerpo que, a partir de la segunda mitad del siglo, había recuperado buena parte de su prestigio tras el duro golpe sufrido como consecuencia de la pérdida del Real Colegio de Cirugía de Cádiz, cuna de aquel prestigiosísimo Cuerpo de Cirujanos de la Armada del que se sentían herederos.

Hay que recordar que el Real Colegio fue, durante todo el siglo XVIII, el centro en el que se formaron los profesionales que la Armada necesitaba. Píonero en la fusión de la Medicina y la Cirugía así como en la introducción de una nueva concepción de la enseñanza, el Colegio de Cádiz no fue ajeno a la gravísima crisis derivada de los trágicos acontecimientos de finales del siglo XVIII y de la inmediata guerra de la Independencia, 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 el Colegio se transformaba en Facultad de Medicina y Cirugía pero la Armada perdía para siempre el centro en el que formaba a sus médicos que, a partir de ese momento, tuvieron que ser reclutados entre los que se graduaban en las nuevas facultades civiles.

A pesar de las dificultades se quiso que la reconstrucción del Cuerpo, que pasó a denominarse de «*Sanidad de la Armada*», se llevara a cabo a través de un riguroso proceso de selección efectuado por medio de oposiciones libres (9). Ello permitió disponer de unos profesionales excelentemente capacitados que se especializaron en diversos campos de la ciencia médica, en los que llegaron a ser auténticos pioneros. Las memorias que, obligatoriamente, debían defender en sesiones públicas y que hoy se conservan en

(7) Primero utilizó dos salas que para «*matriculados en Marina*» se reservaron en el hospital que el Ejército de Tierra tenía instalado en el cuartel de San Ambrosio. En 1842 este hospital pasó a la denominada Casa de la Factoría y en 1897 se inauguró en Hospital Militar Alfonso XIII, en el que se mantuvo el régimen especial para el personal de la Armada con un Sub-Inspector de 2.^a al mando de las denominadas «*Salas de Marina del Hospital de La Habana*».

(8) Al término de las hostilidades continuaban funcionando al menos dos de ellas, pues entre los médicos repatriados tras la finalización del conflicto figuran los *jefes de las enfermerías navales de Santiago y San Dimas*, sin que pueda precisarse el emplazamiento de esta última.

(9) Antes se ensayaron otros procedimientos como el de becar desde el inicio de la carrera a determinados estudiantes que, a cambio de esta ayuda, se comprometían a servir a la Armada durante un determinado período, pero el sistema fracasó muy pronto.

el Archivo «Álvaro de Bazán» constituyen un elocuente testimonio de su preocupación por temas tan variados como las enfermedades carenciales y en especial el beri-beri que, con tanta frecuencia, se presentaba en Filipinas; la patología infecciosa que iniciaba sus primeros pasos; la estadística sanitaria introducida por Vicente Cabello en la Armada; las nuevas concepciones en el campo de la higiene naval difundidas a través de traducciones de las más modernas obras aparecidas en Europa, realizadas por algunos médicos navales; y referencias a las más innovadoras técnicas de diagnóstico y tratamiento como la electromedicina.

Pero el disponer de profesionales capacitados no significa que exista un eficiente Servicio de Sanidad Naval. Éste es un error en el que, frecuentemente, incurren quienes lo basan todo en la formación especializada de los médicos, creyendo que la eficacia de la Sanidad Naval es directamente proporcional al grado de cualificación profesional de sus integrantes.

La experiencia demuestra que se requiere algo más. Un Cuerpo de Sanidad Naval o Militar necesita una organización basada en una doctrina permanentemente actualizada y orientada a la atención en campaña que es su ámbito natural de actuación, para el que debe estar siempre preparada en técnicas y procedimientos, con el fin de evitar la improvisación y la sorpresa que han estado presentes en muchos de los conflictos en los que nos hemos visto involucrados, entre ellos el que hoy nos ocupa.

El grado de eficiencia de un dispositivo asistencial podemos medirlo en función de los índices de morbilidad y mortalidad de las fuerzas a las que atienden y por su comportamiento en situaciones críticas como el combate. En el caso cubano disponemos de elocuentes testimonios de profesionales sanitarios y mandos navales que nos permiten acercarnos a la realidad en uno y otro caso.

1. La situación sanitaria

Entre quienes denunciaron la situación sanitaria de nuestras tropas destaca el caso del Primer Médico de la Armada D. Jacinto Molina quien en 1890 defendió su memoria «*Bajas en la Armada*» en la que exponía con crudeza los graves problemas de nuestras Fuerzas Armadas en comparación con las de otros países, destacando los más importantes factores de riesgo y ofreciendo, con un entusiasmo digno de elogio, soluciones a todos ellos (10).

Tomando como base los datos extraídos de las estadísticas que entonces comenzaban a ser elaboradas, ofrecía un minucioso análisis de la situación sanitaria, tanto en la península como en las diferentes colonias. Algunos de los datos más significativos, referidos siempre al período 1877-1888, se ofrecen en las páginas siguientes.

En el cuadro n.º 1 aparecen las causas de mortalidad más frecuentes en la Armada Española durante esos años. Llama la atención el hecho de que sea la fiebre amarilla la que ocupa el primer lugar con 961 defunciones, todas ellas en Cuba, lo que representaba el

(10) MOLINA, Jacinto (1889). «Bajas en la Armada». *Conferencias científicas del Cuerpo de Sanidad de la Armada. Colección de Memorias leídas en las mismas que de orden superior han sido declaradas dignas de recompensa, publicadas por el Boletín de Medicina Naval*. Tomo II, Madrid, 1889. pp. 473-506.

28,7 por mil de todos los efectivos destacados en la isla (11), seguida inmediatamente por la tuberculosis pulmonar con 305 defunciones, a las que si sumamos los 596 inútiles terminales y por lo tanto bajas seguras en un corto período de tiempo, se alcanza una cifra de 901 bajas muy próxima a las ocasionadas por la fiebre amarilla. Entre el resto de causas reseñadas la mayor parte corresponden a enfermedades infecciosas con la excepción de los 61 casos de beri-beri registrados en Filipinas, pues muchas de las cardiopatías y de los supuestos accidentes cerebro-vasculares probablemente tuvieron una etiología infecciosa.

Por lo que respecta a Cuba, en el cuadro n.º 2 se ofrecen datos precisos de los enfermos atendidos en los diferentes establecimientos navales y las bajas ocasionadas por defunción. Su comparación con lo ocurrido en los hospitales navales de la península aparece reflejado en el cuadro n.º 3 en el que llama la atención el número de enfermos atendidos en Cuba y sobre todo el de fallecidos, considerando que los efectivos de la Armada destacados allí no superaban los 1.500 hombres, y mientras que los estacionadas en la península oscilaban en torno a los 10.000 hombres.

Cuadro n.º 1

**Armada Española
Causas de mortalidad
1877-1888**

	<i>Total Bajas</i>	<i>Bajas Cuba</i>	<i>Defunciones ‰</i>	<i>Total inútiles</i>
Fiebre amarilla	961	961	396,2	
Tuberculosis	305	35	123,2	596
F. Tifoidea	222	28	91,9	
Paludismo	164	53	82,4	
Neumonía	148	12	61,0	
Virusela	92		37,3	
Cardiopatías	74			315
Beri-beri	61		25,1	106
A.C.V.A.	51		21,0	
Gastroenteritis	47		19,3	
Disentería	45		18,5	101
Cólera	41		16,9	
E. oculares				155
Hernias				149
Fracturas				149

(11) El tanto por mil que aparece en el cuadro puede inducir a error pues está calculado sobre los fallecidos y no sobre el total de efectivos como sería más lógico y orientativo.

Cuadro n.º 2

Morbilidad y Mortalidad en las fuerzas
navales destacadas en Cuba
(1877-1888)

Año	Habana		Santiago		Gibara		Manzanillo		Nuevitas		Cayo Romano	
	E	M	E	M	E	M	E	M	E	M	E	M
1877	2048	179	1236	51	297	9	268	0	257	6	34	0
1878	1955	181	567	10	143	3	311	5	225	5	13	0
1879	1724	86	224	21			241	0	84	9		
1880	2472	89	433	42			267	1	130	1		
1881	2105	78	299	6			150	4	136	2		
1882	1419	74	149	9			169	1	107	1		
1883	828	11	121	0	119	1			159	1		
1884	1128	10	93	2	125	1			154	3		
1885	552	47	170	3	185	1						
1886	807	4	139	1	217	3						
1887	886	48	91	2	240	5						
1888	708	41	91	1	218	5						

E = Enfermos

M = Muertos

Cuadro n.º 3

Estudio comparativo de la morbilidad y mortalidad en Cuba y la Península
en el período 1877-1888

	Enfermos	Fallecidos
Cuba	24.481	1.063
San Carlos	25.717	236
Ferrol	15.751	327
Cartagena	17.313	234

Peró es al comparar estas cifras con las de otros ejércitos de nuestro entorno cuando más patente aparece la gravedad de nuestra situación sanitaria que nos lleva a ocupar, con notable diferencia, el primer puesto en la tasa de mortalidad, co. mo aparece reflejado en el cuadro n.º 4 (12).

Cuadro n.º 4

Tasas de mortalidad en los distintos
Ejércitos europeos (1877-1888)

	<i>Bajas ‰</i>
España	13,49
Rusia	8,88
Italia	7,74
Austria-Hungría	6,94
Francia	6,09
Inglaterra	5,13
Bélgica	4,70
Alemania	3,97

En el estudio del que proceden estos datos llamaba la atención Molina sobre el hecho de que las cifras reseñadas procedían de hospitales y enfermerías en tierra, no estando contabilizados los enfermos asistidos en las enfermerías de los buques, a pesar de lo cual más de la mitad del contingente de la Armada había sido hospitalizado, y perdido por muerte o inutilidad (13) en torno al 22 por mil del mismo.

Es cierto que la tasa de mortalidad en la Armada era, sobre el papel, 15 unidades inferior a la tasa de mortalidad media española pero, sin embargo, era muy superior a la correspondiente al sector de población de edades comprendidas entre 20 y 25 años.

Molina resumía la situación en un cuadro en el que se reseñaban el número de enfermos asistidos durante el período 1877-1888 por cada mil hombres de dotación, las bajas habidas por defunción y las bajas por inutilidad.

(12) Conviene señalar, sin embargo, que estas cifras se refieren al conjunto de nuestras Fuerzas Armadas y que al comparar las cifras de mortalidad de nuestras fuerzas coloniales con las de otros países europeos las diferencias no son tan abrumadoras.

(13) Cuando se habla de inutilidad hay que hacer abstracción del concepto moderno, pues la inutilidad en el siglo pasado quedaba reservada a circunstancias extremas que, como antes se ha señalado, en muchos casos no eran sino la antesala de la muerte.

Cuadro n.º 5

Por cada 1.000 hombres de dotación hubo en el período 1877-1888

	<i>Asistidos</i>	<i>Muertos</i>	<i>Inútiles</i>
Península	480	6	12
Cuba	767	32	5
Filipinas	882	11	20
Fernando Poo	1.750	12	—

Ante estos datos Molina denunciaba con valentía el *«atraso, ya que no abandono sanitario imposible de continuar»* que las mismas reflejaban y se interrogaba acerca de las causas de esta inferioridad en comparación con otros ejércitos y los medios que podían ser puestos en práctica para remediarlo.

Con enorme sinceridad exponía la situación de aquellos marineros y soldados *«mal alimentados, si no por la escasez de la ración, si por la inadecuada proporción de sus componentes, por la insoportable monotonía de aquella y por su imperfecta confección culinaria»*; los hace desfilar ante los ojos, quizás atónitos, de sus compañeros *«igualmente vestidos cuando van a sufrir la fría humedad de nuestras provincias del Norte en invierno que cuando resisten el calor tropical»* y destacaba *«la endeblez de algunos individuos reveladora de la pobreza de sus progenitores»*.

Denunciaba las pésimas condiciones de habitabilidad *«careciendo casi en absoluto de las más imprescindible cantidad de agua para su limpieza corporal»*, alojados en vetustos edificios mal acondicionados o en buques que no reunían las mínimas condiciones exigibles con soldados en los que se hacinaba la marinería en una atmósfera irrespirable *«por las emanaciones del maderamen, las pinturas, el agua impura de la quilla y los víveres almacenados, así como por el humo del tabaco»*.

Destacaba también las deficiencias de unos hospitales anclados en el tiempo, en los que ni tan siquiera había salas para el aislamiento de enfermos infecto-contagiosos, y se interrogaba por las causas de este estado de abandono que contrastaba con la capacitación profesional de muchos de los médicos que formaban parte del Cuerpo de Sanidad de la Armada.

A pesar de ello abría una puerta a la esperanza y trazaba un programa de actuación en el que se contemplaba la renovación de hospitales y enfermerías, instalando estas últimas en los lugares más adecuados de cada buque, mejoras en el vestuario y alimentación de la marinería, junto con un cambio radical en sus condiciones higiénico-sanitarias introduciendo nuevas prácticas como la gimnasia o la vacunación obligatoria. Abogaba por una participación de algunos miembros del Cuerpo en programas de investiga-

ción como los emprendidos para «aislar el germen morbígeno de la fiebre amarilla» o determinar la etiología del beri-beri. No faltaba en su proyecto de futuro una especial atención al estudio de la higiene naval como asignatura obligatoria en la Escuela Naval flotante.

Terminaba su exposición señalando que «gran parte de las medidas que he tenido el honor de exponeros, lejos de obedecer a elucubraciones de gabinete, son copia imperfecta de lo mucho que ponen hace tiempo en práctica con éxito naciones más afortunadas que la nuestra» y «por mucho que me hayais tachado de visionario abrigo la pretensión de que no todos mis sueños son irrealizables utopías, algunos habrán de convertirse pronto en realidad tangible».

Algunas de las previsiones de Molina se cumplieron muy pronto. Éste fue el caso de la fiebre amarilla merced al descubrimiento del papel desempeñado en su transmisión por el *Aedes aegypti*, lo que permitió su erradicación de Cuba. Pero quienes lo lograron no fueron españoles sino norteamericanos, poco después de la capitulación de la isla. La lucha contra esta terrible enfermedad que, solamente, en La Habana ocasionó 35.575 fallecimientos entre 1854 y 1900 es una historia que merece ser recordada.

La fiebre amarilla constituía un auténtico azote que cada año exigía su tributo de vidas, tanto entre la población civil como entre las tropas allí destacadas. Endémica del trópico fue extendiéndose hacia el Norte, hasta alcanzar el territorio americano a finales del siglo XVIII (14). La progresión de la epidemia que en 1878 había llegado a Nueva York ocasionando 4.046 muertos, preocupó seriamente a las autoridades norteamericanas que en 1879 crearon una comisión para su estudio, la cual se desplazó a Cuba y Brasil alcanzando, tras seis meses de trabajo, la conclusión de que se trataba de «una enfermedad epidémica y transmisible a través del aire».

Para formar parte de esta comisión, durante su permanencia en Cuba, fue designado por las autoridades españolas el Dr. Carlos Juan Finlay, nacido en la isla en 1833 y por lo tanto, español de origen, aunque haya pasado a la historia como cubano, nacionalidad que eligió tras la emancipación. Consagrado al estudio de la enfermedad fue él quien en 1881 dio a conocer el papel que, en su transmisión, tenía el *Culex fasciatus* (15), mediante una comunicación presentada ante la Real Academia de Ciencias Médico Físicas y Naturales de La Habana con el título de «El mosquito hipotéticamente considerado como agente en la transmisión de la fiebre amarilla». Ese mismo año fue comisionado para asistir como delegado especial de España, Cuba y Puerto Rico a la V Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Washington en donde expuso su teoría sobre la «tercera condición independiente», según la cual era indispensable «la presencia de un agente que exista con entera independencia de la enfermedad y el enfermo, pero que sea necesario como agente transmisor de la enfermedad entre un individuo aquejado de fiebre amarilla y un sujeto sano».

(14) Conviene recordar que en 1741 la epidemia había llegado a España ocasionando más de 10.000 muertes. En 1800 hubo un nuevo brote en Andalucía que solamente en Sevilla ocasionó 14.685 muertos. En 1804 la epidemia alcanzó a Cartagena ocasionando 11.455 víctimas y en 1821 fue Barcelona el escenario del último brote significativo que se presentó en la península.

(15) Así era conocido entonces el *Aedes aegypti*.

Inicialmente la teoría de Finlay despertó el lógico interés e incluso se tomaron algunas medidas en Cuba por parte de las autoridades españolas, pero el hecho de que no obtuviera el suficiente respaldo determinó que, muy pronto, quedara relegada en el olvido a pesar del entusiasmo que Finlay puso siempre en su defensa.

Cuando los norteamericanos ocuparon la isla, la enfermedad hizo presa en ellos con tal magnitud que, a comienzos de 1900, las autoridades sanitarias de aquel país decidieron el envío de una comisión encargada de adoptar medidas urgentes contra la epidemia. Presidida por el mayor médico Walter Reed, estaba integrada por James Carrol, Jesse William Lazear y Aristides Agramonte. En el verano de 1900 y tras varios intentos realizados para aislar el germen causal de la fiebre que lógicamente fracasaron, los comisionados decidieron visitar a Finlay que residía en La Habana en donde, a pesar de sus 57 años, era considerado ya como un viejo chiflado obsesionado con sus teorías sobre la fiebre amarilla (16).

En una larga charla con Reed, Finlay le puso al corriente de todas sus investigaciones e incluso le hizo entrega de unas larvas del *Culex fasciatusque* el seguía considerando como el vector de la enfermedad. Impresionado por la teoría de Finlay y por algunas observaciones personales que parecían corroborarla, Reed consideró que el único método para probarla era intentar la inoculación de la enfermedad por medio del mosquito.

Entre el 1 y el 17 de agosto se procedió a realizar el primer experimento con siete voluntarios que no llegaron a contagiarse. Fue entonces, cuando el 27 de agosto, en ausencia de Reed, el Dr. Lazear seleccionó un mosquito nacido de las larvas entregadas por Finlay al que se le dejó picar a cuatro enfermos de fiebre amarilla y posteriormente lo aplicó sobre el brazo del Lt. James Carrol que cuatro días después comenzó a manifestar los primeros síntomas de la enfermedad, de la que pudo recuperarse tras graves sufrimientos.

Entusiasmados por este primer éxito decidieron repetir el experimento con un soldado de caballería americano, William H. Dean, y con el propio Jesse W. Lazear quien se dejó picar el 13 de septiembre, apareciendo el día 18 los primeros síntomas de la enfermedad que le ocasionaría la muerte siete días después.

El sacrificio de Lazear y los minuciosos estudios realizados, más tarde, por Reed, permitieron corroborar la teoría de Finlay y poner en marcha un ambicioso programa de lucha contra el mosquito, llevado a cabo bajo la dirección del General William C. Gorgas que permitió erradicar la enfermedad de Cuba en un corto período de tiempo. En 1896 se habían producido en La Habana 1.282 defunciones a causa de la enfermedad; 858 en 1897; 136 en 1898; 103 en 1899 y 310 en 1900. La aplicación de las primeras medidas dio lugar a que en 1901 sólo hubiera 18 víctimas y a que en 1902 no hubiera ninguna.

He querido detenerme en este episodio apasionante de la Historia de la Medicina, bien conocido por otra parte, porque constituye un formidable ejemplo de la actuación de un grupo de médicos militares al servicio de la comunidad científica, pero tam-

(16) MORATINOS PALOMERO P. y GUJARRO ESCRIBANO, J. F. (1992). «El médico mayor Walter Reed y la fiebre amarilla». *Medicina Militar*. Vol. 48, n.º 2, pp. 174-181.

bién porque tuvo como escenario una isla que ya no era española en la que residía el auténtico protagonista de esta aventura, aquel viejo chiflado que 20 años antes había intuido certeramente la clave del problema.

2. La Sanidad en combate

Hasta ahora he hecho referencia a los problemas planteados a la Sanidad Naval por una serie de enfermedades que al margen de la mayor o menor virulencia con la que afecten al colectivo militar, eran comunes con los que se presentaban entre la población civil. Sin embargo, no quisiera terminar sin hacer referencia a situaciones específicas de nuestro ámbito, que en Cuba tuvieron su más trágico exponente en aquella dramática jornada del 3 de julio de 1898.

No es el momento de analizar las características de aquel enfrentamiento que habrán de llevar a cabo voces más autorizadas que la mía, pero sí quiero dedicar un especial recuerdo a aquellos ocho médicos navales que iban a bordo de nuestras unidades:

Médico 1.^o D. Alejandro Lallemand y Lemus y Médico 2.^o D. Julio Díaz y Navarro, a bordo del *Infanta María Teresa*.

Médico 1.^o D. Adolfo Núñez y Suárez y Médico 2.^o D. Gabriel Montesinos y Donday, a bordo del *Cristóbal Colón*.

Médico 1.^o D. Salvador Guinea y Alzate que como oficial más antiguo actuaba como Jefe de Sanidad de la Escuadra y Médico 2.^o D. Eduardo Parra y Peláez, a bordo del *Oquendo*.

Médico 1.^o D. Antonio Jurado y Calero y Médico 2.^o D. Nicolás Gómez y Tornell, a bordo del *Vizcaya*.

Todos ellos, como el resto de sus compañeros de la Armada, tuvieron una actuación ejemplar. Algunos sacrificaron sus vidas a bordo de la unidad en la que servían, como ocurrió con el Médico 2.^o Díaz Navarro, fallecido cuando colaboraba en la tarea de evacuación de los heridos del *Infanta María Teresa* o el Médico 1.^o Lallemand y Lemus muerto a consecuencia de las complicaciones derivadas de las heridas que sufrió en combate. Hubo también comportamientos heroicos como el Médico 2.^o Gómez Tornell, que resultó gravemente herido en un brazo por una granada, mientras intentaba practicar una amputación en la enfermería del *Vizcaya* y que cuando fue evacuado a un buque norteamericano, consiguió realizar personalmente, tras ocultar sus propias heridas.

También es digno de ser destacado el comportamiento de todos los médicos durante un cautiverio que no quisieron eludir, a pesar de que podían haberlo hecho, y que para el Médico 1.^o Jurado y Calero tuvo funestas consecuencias pues falleció como consecuencia de la tuberculosis contraída o agravada durante aquellos meses.

Pero más interesante que el comportamiento personal de quienes intervinieron en el combate puede resultar el análisis del funcionamiento de los servicios sanitarios y las consecuencias del enfrentamiento.

323 españoles perdieron su vida a bordo de los buques que tomaron parte en la batalla y 151 resultaron heridos, lo que representa un 22 % de bajas entre los hombres embarcados. Pero este porcentaje se incrementa notablemente si se contabilizan todas las bajas producidas durante el período de cautiverio en el que la atención dispensada a los 1.500 prisioneros no fue siempre la más adecuada.

Como es bien sabido, los heridos más graves, al no existir en esas aguas ningún buque hospital español cuya necesidad, al parecer, nadie había previsto, fueron conducidos al B/H U.S.S. *Olivette*, al servicio del U.S. Army, en donde fueron muy bien atendidos. La situación cambió al ser transbordados, pocos días después, al B.H. U.S.S. *Solace* de la U.S. Navy, pues a la deficiente atención médica hubo que añadir las vejaciones de todo tipo e incluso los malos tratos a los que fueron sometidos, que contribuyeron a agravar la situación de muchos de los heridos (17). Su destino final fue el hospital naval de Norfolk a donde llegaron el 16 de junio y en el que se les dispensó un trato excelente con detalles tan significativos por parte de su director el coronel Cleborne, como el mandar llamar a un grupo de Hermanas de la Caridad para que se hicieran cargo de la atención directa de nuestros heridos.

Los prisioneros que no presentaban heridas fueron embarcados a bordo de los buques auxiliares *Harvard* y *Saint Louis*. Fue en el primero de ellos en donde, en la noche del 4 de julio, se produjo un gravísimo incidente que ocasionó al menos cinco muertos y 14 heridos, aunque las bajas pudieron ser mucho mayores ya que un número indeterminado de hombres se arrojaron a la mar en el transcurso de los incidentes (18).

Los dos barcos arribaron a Portsmouth a mediados de julio, siendo confinados los prisioneros en una isla situada en el centro del puerto, en donde su situación empeoró aun más como consecuencia de los malos tratos dispensados por el coronel de Marínes que dirigía el establecimiento, el cual contraviniendo las órdenes de su propio gobierno les sometió a todo tipo de indignidades privando a los enfermos de asistencia médica, tanto por parte de la sanidad norteamericana como de los profesionales españoles que compartían con ellos el cautiverio y a los que prohibió el ejercicio de su profesión. Las consecuencias de este trato fueron la muerte de más de 30 marineros y la reclamación presentada por el propio almirante Cervera ante las autoridades norteamericanas que provocó a la destitución del coronel responsable de estos hechos.

El 13 de septiembre, todos los supervivientes iniciaban, a bordo del *City of Rome*, fletado por nuestro Gobierno, una navegación que les conduciría hasta Santander a donde llegaron ocho días después. Allí fueron conducidas también todas las fuerzas del Ejército repatriadas en unos buques hospitales alistados para la ocasión, *Alicante*,

(17) Tan sólo hubo un médico norteamericano que se distinguió en su preocupación por los heridos españoles, el Dr. Stokes, muy joven entonces, que iba embarcado en el *Solace* como médico subalterno.

(18) Al parecer y cuando, en el transcurso de la noche, uno de los prisioneros españoles paseaba por la cubierta del buque, despertó las sospechas de uno de los centinelas americanos que, por causas no determinadas, abrió fuego contra él ocasionándole la muerte. Este hecho provocó la reacción de otros prisioneros, seguida de un movimiento generalizado de pánico que al ser interpretado como un intento de motín provocó la reacción de la guardia militar que abrió fuego indiscriminado contra todos ellos. En el transcurso de estos hechos fue cuando un número indeterminado de nuestros hombres se arrojó por la borda.

Montserrat, San Ignacio de Loyola e Isla de Luzón, que junto con 18 unidades de la Compañía Trasatlántica tuvieron que hacerse cargo del transporte de 235.286 personas procedentes de nuestras últimas colonias. Tarea ingente que requirió el concurso de otros ocho buques españoles y 23 buques extranjeros fletados urgentemente para hacer posible que la repatriación pudiera quedar ultimada dentro del plazo establecido en la capitulación.

Atrás quedaba el recuerdo de la tragedia y la impresión producida por la acción de las nuevas armas que hablan hecho su irrupción en la guerra naval, modificando por completo de las características de las heridas y demostrando la falta de instalaciones adecuadas en nuestros buques para hacer frente a las exigencias del momento.

El Capitán de navío Concas reflejó de manera muy expresiva la impresión que le produjeron las víctimas de los combates (19):

«¡Y qué heridas! Todavía recordamos con espanto el horrendo destrozo de los grandes pedazos de las modernas granadas, desde un cabo del María Teresa que tenía 14 heridas, al último alcanzado por el hierro americano, ninguno tenía menos de dos, y de tales dimensiones y caprichosos horrores que no hay corazón empedernido que pudiera verlo sin conmoverse».

Todavía, en vísperas del combate nuestros médicos, obsesionados por el recuerdo del pasado, se afanaban en improvisar curas oclusivas y en fabricar con la ayuda del personal de máquinas algunos torniquetes que reforzaran a los dos que cada enfermera llevaba a cargo.

Las críticas de Concas se extendieron también a las enfermerías de combate cuyo emplazamiento era absolutamente inadecuado, como ya había señalado años antes Molina. Los heridos se negaban a ser conducidos a ellas, ante el temor de quedar atrapados, en el caso muy probable de que un impacto bloqueara la evacuación de unos espacios que sólo contaban con un acceso estrecho y angosto.

De hecho sucedió así en varios casos, en los que hubo que abandonar a los heridos, por lo que Concas propuso que se instalaran sobre la protectora de los buques, con escotillas o escalas amplias que facilitaran la conducción de los heridos, pues en caso contrario, éstos preferían sufrir nuevas heridas a *«enterrarse, imposibilitados de moverse, allá donde con plena salud y en tiempo de paz, sienten malestar hasta los que tienen la costumbre de vivir en estos antros».*

Hasta aquí el recuerdo de unos hechos de los que, lamentablemente, no se extrajeron las enseñanzas necesarias para la mejora de nuestra Sanidad Naval como se puso de manifiesto durante nuestras campañas africanas y en la larga lucha por habilitar un buque-hospital, una asignatura siempre pendiente en nuestra Armada que nunca ha logrado resolver de manera adecuada el necesario apoyo sanitario a lo que hoy conocemos como «grupos de combate».

Ahora, a las puertas del primer centenario del final de aquel largo y doloroso conflicto, puede ser interesante que nos detengamos a reflexionar sobre lo ocurrido extrayendo consecuencias que siguen siendo válidas para todos nosotros, aunque es muy

(19) CONCAS Y PALAU, V.: *La escuadra del almirante Cervera*. 3.ª edición, Málaga, 1992.

probable que, hoy como entonces, sigamos discutiendo lo accesorio, olvidándonos de los problemas fundamentales que, por primera vez en nuestra historia, pueden conducirnos a la extinción de nuestra Sanidad Naval.

Bibliografía

- CLAVIJO Y CLAVIJO, Salvador (1925): *Historia del Cuerpo de Sanidad de la Armada (Génesis; perspectiva de siglos; ruta de libertad, sus celebridades)*. San Fernando, 1925.
- CONCAS Y PALAU, V.: *La escuadra del almirante Cervera*. 3.^a edición. Málaga, 1992.
- GRACIA RIVAS, M. (1996): *La Sanidad naval española. Historia y evolución*. E. N. Bazán. Madrid, 1996.
- MASSONS, José María (1994): *Historia de la Sanidad Militar española*. Tomo II. Barcelona, 1994.
- MOLINA, Jacinto (1889): «Bajas en la Armada». *Conferencias científicas del Cuerpo de Sanidad de la Armada. Colección de Memorias leídas en las mismas que de orden superior han sido declaradas dignas de recompensa, publicadas por el Boletín de Medicina Naval Naval*. Tomo II. Madrid, 1889.
- MORATINOS PALOMERO, P. y GUJARRO ESCRIBANO, José Fco. (1992): «El médico mayor Walter Reed y la fiebre amarilla». *Medicina Militar*. Vol. 48, n.º 2, pp. 174-181.