

EL CUERPO DE SANIDAD MILITAR EN LAS CAMPAÑAS DE MARRUECOS (1919-1927) (Principales innovaciones legislativas de este período)

Luis Alfonso ARCARAZO GARCÍA¹

EL cuerpo de Sanidad Militar participó en el despliegue y ocupación militar del norte de África a medida que los diferentes tratados internacionales fueron delimitando el protectorado español. Las experiencias de las pasadas guerras coloniales de 1898 y de la gran guerra europea (1914-1918) de poco habían servido al ejército español, anclado en anticuados criterios de la guerra franco-prusiana.

En lo referente a la sanidad militar, con un reglamento anterior a las guerras coloniales americanas, tampoco se había puesto al día, por lo que estas campañas africanas le obligaron a modernizarse basándose en las experiencias obtenidas por la sanidad militar de cada uno de los contendientes en la guerra europea, aunque el escenario marroquí era el menos indicado para aplicar las nuevas tácticas.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Como consecuencia del desastre de 1898 y la pérdida de las colonias americanas, la acción colonial española había quedado reducida al norte de África. La primera delimitación de su zona de influencia vino dada por el tratado con Francia de 1900, con una discreta presencia en Guinea, Río de Oro y, sobre todo, en el norte de Marruecos, con las posiciones tradicionales de Ceuta y Melilla que habitualmente precisaban operaciones militares

¹ Teniente Coronel Jefe de Sanidad de la Academia General Militar

para mejorar su situación estratégica. En definitiva, España tuvo gran empeño en mantener su presencia en el estrecho de Gibraltar y en el norte de África, punto vital en las comunicaciones comerciales.

Marruecos fue, a principios del siglo XX, la zona más lógica de expansión colonial española y eje de su política exterior, en competencia con Alemania, Gran Bretaña o Francia que se llevó las partes más productivas del protectorado marroquí. España y Francia delimitaron sus zonas de influencia en los tratados de 1902, 1904 y en la conferencia de Algeciras de 1906, imponiendo Francia sus intereses. El ataque sufrido por los obreros españoles del ferrocarril de las “minas del Riff” en 1908 fue la excusa para la campaña militar de 1909, movilizando a cuarenta mil soldados y reservistas, lo que dio lugar a una airada protesta, alentada por el periódico “El Socialista”, que culminó en la “Semana Trágica de Barcelona” en 1909. La siguiente campaña fue la de 1911, que finalizó con el tratado hispano-francés de 1912. En estas fechas, España amplió considerablemente sus territorios fruto de diferentes operaciones como, por ejemplo, la “campaña del Kert” o las tomas de Monte Arruit o Tetuán, tanto en la zona oriental como en la occidental del protectorado. Durante la primera guerra mundial, la actividad bélica española se paralizó, primando la acción política del conde de Romanones de manos del alto comisario Gómez Jordana.² Una vez concluida la guerra europea se reactivó la ocupación del norte de Marruecos y el general Silvestre, nuevo comandante general de Melilla desde el 14 de octubre de 1920, puso en marcha una serie de operaciones encaminadas a dominar la región de Tafersit, siendo uno de los puntos a ocupar Dar Drius.³

SITUACION DEL EJÉRCITO A PRINCIPIOS DE SIGLO

En 1914, el ejército español precisaba de una reestructuración con urgencia, ya que el exceso de oficiales determinaba que aproximadamente el sesenta por ciento del presupuesto militar se emplease en sueldos. El resto del presupuesto, muy escaso, sería para renovar el material. También se puede hablar de la existencia de dos ejércitos, el peninsular y el de África, beneficiario éste último de múltiples prerrogativas. Al comenzar la guerra europea, ministros de la guerra como Echagüe o Luque intentaron amorti-

² TUSELL, J.: «Manual de Historia de España. Siglo XX», en *Historia 16*, Madrid, 1990, pp. 188-192.

³ *Historia de las Campañas de Marruecos*. Servicio Histórico Militar, Madrid, 1981, t. III, p. 377.

Hasta el año 1927, fecha en que finalizó la guerra de Marruecos, la organización sanitaria se caracterizó por estar en manos del ejército en las zonas de guerra y en manos civiles las pacificadas, y por monopolizar el gobierno español la organización sanitaria civil apartando al Majzén y dejándola en manos del delegado de asuntos indígenas, convirtiéndose éste en la única autoridad sanitaria de la denominada Zona.

El 24 de septiembre de 1918 se creó el “Servicio Sanitario” de la Zona, con una “Junta Central de Sanidad” con una amplia representación de sanitarios civiles y militares, y las “Juntas Locales de Sanidad” en las que, entre otros vocales, intervenían la autoridad militar local, los directores de los hospitales de Tetuán y Larache o de las enfermerías mixtas de Alcázar y Arcila y un médico militar. Desde el primer momento la sanidad militar intervino en la asistencia a las tropas y al personal indígena.⁴

EL CUERPO DE SANIDAD MILITAR A PRINCIPIOS DEL SIGLO XX

El cuerpo de Sanidad Militar se componía inicialmente de dos ramas, Medicina y Farmacia, aunque el cuerpo de Veterinaria Militar también dependía de Sanidad dada su especialidad profesional.

En la sección Medicina había dos escalas: la “facultativa o técnica”, compuesta por licenciados o doctores en medicina ingresados por oposición, base del cuerpo de oficiales, y la “no facultativa”, compuesta por jefes y oficiales de la reserva retribuida, procedentes de las clases de tropa del cuerpo, que debían reunir una serie de condiciones y aprobar los cursos de las escuelas regimentales.

En 1918 se sumó la escala de complemento, formada por los reclutas del reemplazo anual licenciados en medicina. Estos eran destinados tres meses a una unidad de tropa de sanidad, después pasaban seis meses en la Academia de Sanidad Militar como cabos alumnos y, tras superar los exámenes, practicaban tres meses en un hospital, totalizando un año de instrucción. En este momento eran promovidos al empleo de Alférez de complemento.

Por último, estaba el personal de la brigada de tropas de Sanidad Militar, con unidades a pie para hospitales y montadas para ambulancias, al mando de jefes y oficiales médicos.⁵

⁴ MEDINA, R. y MOLERO, J.: «Medicine and colonial power. Two models of Spanish colonization in Africa: Guinea and Morocco», en *Colonial Medical Service, Symposium (annex November, 5-8, 1998)*, in press.

⁵ PÉREZ-LUCAS IZQUIERDO, C.: «La Sanidad Militar en el primer tercio del siglo XX», en *Revista de Historia Militar*, 30, pp. 119-121.

El cuerpo de Sanidad Militar se regía por el Reglamento Orgánico de 1 de septiembre de 1873 y el del Servicio Sanitario en Campaña de 1 de julio de 1896. El reglamento publicado en 1909 no modificó más que los galones de los oficiales y la reorganización de 1918 sólo cambió las categorías decimonónicas utilizadas en sanidad por los empleos tradicionales en las Armas.⁶

La situación del cuerpo de Sanidad Militar no era muy diferente a la del resto del ejército, con la salvedad de que la plantilla de oficiales médicos era escasa. El cuerpo de Sanidad Militar, sección Medicina, en 1900 se componía de seiscientos treinta y tres médicos⁷ frente a los trece mil cuarenta y nueve oficiales de Infantería, los dos mil seiscientos treinta y cinco de Caballería o los mil cuatrocientos noventa y cinco de Artillería. De todo este personal sanitario sólo veinticinco médicos, es decir el 3,9%, estaban destinados en el norte de África, nueve de ellos en la comandancia general exenta de Ceuta (tres en el hospital militar y el resto en las unidades), mientras que en la comandancia general exenta de Melilla, enfermerías de Alhucemas, Chafarinas y Peñón de Vélez de la Gomera estaban destinados quince médicos, (cuatro en el hospital militar, un médico por enfermería y el resto en unidades). Se completaba la plantilla de médicos de África con un médico primero destinado en el viceconsulado de Larache.⁸

Tras la reactivación militar en la zona del protectorado marroquí, la plantilla se adecuó a las necesidades con nuevas vacantes. En 1921 la plantilla del cuerpo de Sanidad Militar, sección Medicina, se componía de ochocientos noventa y cinco oficiales, de los cuales setecientos noventa y tres eran médicos de la escala activa y ciento dos de la escala de reserva retribuida. De esta plantilla, doscientos once estaban destinados en África (doscientos tres oficiales médicos y ocho de la escala de reserva), es decir, que el veinticinco y medio por ciento de los médicos estaban en África, de los cuales ochenta y dos, a su vez, tenían destino en la comandancia de Melilla (Ver anexo nº 2).⁹

⁶ Inspector médico de primera (general de división), de segunda (general de brigada), subinspector médico de primera (coronel médico), de segunda (teniente coronel médico), médico mayor (comandante médico), médico primero (capitán médico), médico segundo (teniente médico) y alférez médico. Ley 29-VI-1918. Colección Legislativa (en lo sucesivo C.L.) 169.

⁷ *Anuario Militar de España, 1900*. Ministerio de la Guerra, Madrid, 1900, pp. 844, 845 y 848. Inspectores de 1ª: dos, inspectores de 2ª: diez, subinspectores de 1ª: veinticuatro, subinspectores de 2ª: cuarenta y cuatro, médicos mayores: doscientos cuarenta y cuatro, médicos 1º: doscientos treinta, y médicos 2º: setenta y nueve, más cinco inspectores de 1ª y tres inspectores de 2ª de la escala de reserva.

⁸ *Ibidem*. pp. 177, 179, 180 y 181.

⁹ *Anuario Militar de España de 1921*. Sanidad Militar tenía en África las siguientes vacantes: dos de coronel, seis de teniente coronel, treinta y dos de comandante, ochenta

ASISTENCIA SANITARIA

Como consecuencia de la campaña de 1920-1921, principalmente en la zona oriental del protectorado, el ejército se había desplegado con infinidad de campamentos, posiciones y “blocaos” a los que era especialmente difícil prestar la asistencia sanitaria. Esto se debía tanto a la escasez de personal sanitario, insuficiente ante esta dispersión, como a unas comunicaciones muy malas que dieron lugar a continuos problemas de suministro y de evacuación de enfermos.

El primer escalón sanitario lo constituían los médicos de cuerpo, uno por unidad tipo batallón, que asistían a las posiciones y blocaos de vanguardia mediante visitas regulares. Según el Reglamento del Servicio Sanitario en Campaña de 1896, en cada batallón, el oficial médico debía ser asistido en su trabajo por un cabo, varios soldados practicantes y por los camilleros. Estos últimos sólo llevarían el brazalete de la Cruz Roja del convenio de Ginebra cuando actuasen como tales en el campo de batalla, estando a las órdenes de los practicantes y del sargento de camilleros. En caso de actuar fuera del campamento, el oficial médico debía montar el puesto de socorro y curación en el lugar más idóneo y señalarlo con un jalón con la cruz roja (Ver anexo nº 3).

En 1919 se añadió a la plantilla de las “mías de Policía Indígena” un teniente médico para asistir tanto a militares como a personal civil indígena,¹⁰ en un consultorio indígena que se encontraba en la cabecera la mía (Ver anexo nº 1). Por lo que respecta al material sanitario de una unidad tipo batallón, se reducía a los botiquines, la mochila de batallón y bolsas sanitarias de compañía, y para las evacuaciones se contaba con camillas llevadas

ta de capitán, ochenta y tres de teniente, dos de capitán escala de reserva y seis de teniente escala de reserva. De éstos, había destinados en las unidades un comandante, cuarenta y dos capitanes y cuarenta y ocho tenientes, y en las delegaciones diplomáticas de Tánger, Casablanca, Alcázarquivir y Rfo de Oro había destinados cuatro comandantes y dos capitanes.

¹⁰ Real Orden Comunicada (en lo sucesivo R.O.C.) 24-IX-1919, (C. L. 362): ... “*Que además de prestar la asistencia facultativa a las fuerzas de la misma, constituirán en primera línea consultorios volantes para indígenas, llevando hasta el límite más avanzado de nuestras zonas ocupadas este importante elemento de atracción...*”. Las de Policía Indígena eran unidades formadas mayoritariamente por nativos con mandos militares europeos, desempeñando principalmente funciones policiales. En septiembre de 1919 se reorganizaron estas unidades de las comandancias generales de Melilla y Larache incluyendo un médico en la plantilla; eran unidades de vanguardia de las zonas que se iban ocupando.

a mano, artolas a lomo de mulos y ambulancias. El soldado en campaña, a su vez, debía disponer del paquete de cura individual reglamentario, modelo 1916, modificado por R.O.C. 29 de diciembre de 1917.¹¹

Según el Reglamento del Servicio Sanitario en Campaña, la segunda línea la constituía el Servicio de Ambulancia, unidad sanitaria cuyo objetivo era el de complementar el Servicio Sanitario de los Cuerpos Armados, recibiendo los heridos atendidos en los puestos de socorro o bien los recogidos directamente del campo de batalla, prestándoles auxilio y evacuación.

La distribución de la Ambulancia debía de ser una por división.¹² La Ambulancia, durante el combate, siempre que las condiciones lo permitiesen, debía disponer de cuatro locales –recepción, reconocimiento de heridos, curas y operaciones quirúrgicas–, y otro para los servicios accesorios. En caso de estar en campo abierto se instalaría en tiendas de campaña y se señalaría durante el día con la bandera blanca con la cruz roja del convenio de Ginebra y la bandera nacional, y de noche con un farol blanco con la cruz roja. Una vez concluida la acción y curados los heridos, la principal misión de la Ambulancia era la evacuación.

En la guerra de África, dadas las condiciones del terreno y la falta de comunicaciones, esta estructura sanitaria fue imprescindible para evacuar las bajas a retaguardia, usando principalmente caballerías y contadas ambulancias-automóvil. Las vías de comunicación en la comandancia de Melilla se reducían a una vía férrea que partía de Melilla y finalizaba en Batel-Tistutín, con estaciones en Nador, Zeluán y Monte Arruit. Había también una carretera paralela al ferrocarril que llegaba hasta Dar Drius, continuando

¹¹ El paquete era un saquito de tela impermeabilizada con una caja de hoja de lata envuelta en papel impermeable. El material de cura eran dos dobles compresas cosidas “para que el algodón que entre ellas contiene no se desprenda”, y un globo de venda tan ancha como la caja, de cuatro metros de larga, dos pinceles, una ampolla de tintura de yodo y otra con líquido adhesivo para cuando no se pudiera usar la venda, imperdibles e instrucciones de uso. Estos paquetes se esterilizaban en autoclave. En 1917 se modificó el mencionado paquete, fabricándose la caja en aluminio y poniendo sólo un imperdible para la única venda.

¹² SERRADA, L. y PALMA, F.: «Ambulancias de Montaña en África», en *Revista de Sanidad Militar*, 3, 1913, pp. 740-744. Analizando el material (mochilas de curación, bolsas de socorro, el botiquín, los cestones de batallón, las artolas, artolas-litera y material de alojamiento), el personal (un solo médico) y el ganado (mulos para transportar doce pares de artolas, cuatro artolas-literas, dos botiquines, dos repuestos de botiquín, dos cargas de camillas y dos de tiendas, es decir, veinticuatro mulos), llegaron a la conclusión de que la dotación era escasa en los tres conceptos, proponiendo una nueva plantilla ampliada con dos oficiales médicos y ciento veinticuatro soldados, cinco caballos y cincuenta cuatro mulos y el correspondiente material sanitario mejorado.

hasta Annual un camino apto solamente para caballerías y carros que se hacía intransitable con la lluvia.¹³ El resto, cuando los había, eran durísimos caminos de herradura por los que sólo se podía evacuar pacientes a lomo, utilizando artolas o literas.



Litera (fotografía publicada en La Esfera en 1921)

La retaguardia o tercera línea debía estar compuesta por hospitales móviles, como el hospital de campaña o el de evacuación, y por hospitales fijos, provisionales o permanentes. En el protectorado de Marruecos la realidad era que los únicos hospitales que podían recibir ese nombre eran los de Melilla, Ceuta, Tetuán, Xauen¹⁴ y Larache. Había otros, como los de Cabo de Aguas, Chafarinas, Alhucemas, Alcazarquivir o el Peñón, que no

¹³ FERNANDEZ DE LA REGUERA, R. y MARCH, S.: «Los días trágicos de Annual. I. Antecedentes», en *Historia y Vida*, núm.10, 1969, pp. 104-105: ... «Discurría durante kilómetros por el lecho de los barrancos y remontaba pendientes de un declive tan pronunciado y difícil –sobre todo en el tramo de Izumar a Annual– que debían utilizarse prolongas para auxiliar a los carros que transportaban los víveres y la munición e impedir que se despeñaran...».

¹⁴ El hospital de Xauen tenía cien camas. La asistencia estaba a cargo de un capitán y un teniente médicos, designados entre los de plantilla de la administración regional del territorio de Ceuta, que prestaban su servicio seis meses como máximo. Real Orden (en lo sucesivo R.O.) de 6 de julio de 1923, C.L. 306.

disponían de instalaciones adecuadas.¹⁵ Lo mismo ocurría en el hospital de evacuación de Tistutín, final del ferrocarril que partía de Melilla, usado para embarcar heridos y enfermos a retaguardia¹⁶ o a los hospitales de evacuación y quirúrgico de Dar Drius y el de campaña de Annual. El resto eran enfermerías y consultorios sin la más mínima condición sanitaria (Ver Anexo nº 4).

Infraestructura Sanitaria de Melilla

Melilla contaba con tres grupos de hospitales atendidos por Sanidad Militar:¹⁷

- Primer grupo, compuesto por el hospital de Alfonso XIII, con setecientas cincuenta camas y muy bien dotado, el hospital Central, antiguo hospital civil con doscientas camas, el hospital de Infecciosos y el hospital de Indígenas con cien camas.
- Segundo grupo, integrado por el hospital Docker, con setecientas cincuenta camas y muy bien dotado tanto de personal facultativo como de material (con Rx, laboratorio bacteriológico y suficientes vacunas).
- Tercer grupo, con el hospital de Santiago, instalación provisional con setecientas cincuenta camas.

Por su parte, la Cruz Roja habilitó el Colegio de los Hermanos de la Doctrina Cristiana en 1918,¹⁸ y durante la campaña de 1921 se abrió otro en un grupo escolar con ciento cincuenta camas, cubriéndose sobradamente

¹⁵ *El Paludismo en la Zona del Protectorado español en Marruecos y medios para combatirlo*. Talleres del Depósito de la Guerra, Madrid, 1921, p. 32: Los hospitales de Tetuán y Alcázar carecían de laboratorio y el de Ceuta tenía unas instalaciones muy defectuosas, por lo que no hacían análisis de sangre a los pacientes con paludismo, dándoseles el alta sin haberse demostrado la inexistencia en su sangre de formas de hematozoarios.

¹⁶ ROSELLO IGLESIAS, J.: «El tractocarril, un original sistema de transporte», en *Carril*, 53, 1999, pp. 3-27. Para conocer con todo detalle los sistemas ferroviarios utilizados en la zona durante los años veinte.

¹⁷ «Los Servicios Sanitarios para la campaña de Melilla», en *Revista de Sanidad Militar*, 19, 1921, pp. 567-568, art. procedente de *El Eco de Tetuán*.

¹⁸ *Revista de Sanidad*, núm. 9, 1919, pp. 51-52. El hospital civil de la Cruz Roja fue inaugurado en noviembre, nombrándose como director al capitán médico don José Aguilera, jefes de cirugía y medicina respectivamente a los médicos militares don Luis Aznar y don Tomás Rallo; el resto de especialistas –corazón, respiratorio, oftalmología, pediatría, vías urinarias, enfermedades secretas, digestivo, dermatología, otorrino y ginecología– también eran militares, menos el de medicina general.

todas las necesidades; de forma que en Melilla había instalaciones para asistir a unos tres mil heridos o enfermos, más la colaboración del vapor Ali-cante transformado en barco hospital para las evacuaciones a la Península.¹⁹

Infraestructura Sanitaria de Ceuta

Por lo que respecta a Ceuta, disponía de un hospital de beneficencia, que en 1918 había sido cedido a la Cruz Roja, y del hospital Real. Al comienzo de las campañas de Marruecos, a principios del siglo XX, se construyó un hospital de campaña con barracones tipo Docker con quinientas camas, que se cerró al finalizar la campaña en 1927.

En 1913 se construyó un nuevo hospital militar próximo a los Dockers, con cuatrocientas treinta y nueve camas, que debía garantizar la asistencia a los pacientes de su circunscripción.²⁰

Sobre el estado de estos centros sanitarios en los años veinte hay pocos datos, aunque existe un informe que elevó el recién nombrado ministro de la Guerra, don Luis de Marichalar, vizconde de Eza, referente a su visita al protectorado en julio de 1920. Sobre los hospitales decía que estaban en barracones viejos con salas aglomeradas ... *“adoleciendo del grave defecto de la miseria que en éstos se acumula, así como los excesos de temperatura que en los mismos se siente, y que realmente los hacen inhabitables...”*. Mencionó expresamente las deficiencias del hospital de Alcazarquivir, ... *“sin quinina ni rayos X...”*, o las del de Tetuán, ... *“indecoroso, ruinoso y con miseria...”*, proponiendo la construcción de uno nuevo, lo mismo que en Melilla.²¹

De los denominados hospitales de evacuación y quirúrgico de Dar Drius se conserva el informe que elevó el teniente médico don José Salarrullana

¹⁹ «Los Servicios Sanitarios para la campaña de Melilla», en *Revista de Sanidad Militar*, 19, 1921, pp. 567-568, art. procedente de El Eco de Tetuán: ... *“Ahora que el alma nacional se manifiesta amante del soldado y que de todas partes se anuncian donativos, conviene decir que pueden ser muy útiles imperdibles, ropa blanca, estufas locomóviles de desinfección, instalaciones para casos de epidemias, aparatos sulfuradores, aljibes, lejiadoras, etc. El ministerio de la Guerra, no hay que decirlo, concediendo a la salud del soldado la importancia capital que tiene, acude a todas las necesidades con solicitud y premura...”*.

²⁰ DIZ, M. R., ZUMAQUERO, C., RUIZ, A. y LANCHAS, R.: «Cinco siglos de la historia en los hospitales militares de Ceuta», en *Medicina Militar*, 4, 1998, v. 54, pp. 237-242.

²¹ *Historia de las Campañas de Marruecos*. Servicio Histórico Militar, Madrid, 1981, t. III, pp. 339-340.

el 18 de febrero de 1921 y que da una idea bastante clara del estado de aquellas instalaciones: ...“A V. S. da parte el teniente médico que suscribe, de que habiendo visitado la enfermería de Dar Drius, la encontró en tal estado de higiene, que la considera inhabitable no sólomente para individuos enfermos, sino para los de perfecta salubridad, siendo de mucha urgencia el traslado de la misma a otro punto, en donde el agua no penetre en su interior y el suelo sea firme y no fangoso como el actual...”²²

El hospital de campaña de Annual se reducía a dos tiendas de campaña y en cuanto comenzaron las hostilidades en julio de 1921 demostró su falta de condiciones y dotación. En resumen, las condiciones en las que se veían obligados a trabajar los médicos militares destinados en el protectorado eran terribles, con muy pocos medios y vías de evacuación y suministros muy deficientes, debiendo suplir todas estas carencias con gran esfuerzo y profesionalidad, a excepción de los médicos que desarrollaban su trabajo en los hospitales de ciudades como Ceuta, Melilla o Larache.



El teniente médico José Salarrullana, de la Policía Indígena (en el centro del grupo, con corbata), con sus sanitarios y personal nativo. (Foto cedida por la familia Salarrullana)

²² ARCARAZO GARCIA, L. A.: «El Teniente Médico José Salarrullana Alabart, superviviente de Annual», en *Medicina Militar*, 65 (1), 2000, pp. 47-55.

PATOLOGÍAS MÁS HABITUALES EN MARRUECOS

La mortalidad en el ejército español durante el siglo XIX fue muy elevada. Fernando Fernández Bastarreche ha estudiado las causas de mortalidad de los soldados en las campañas coloniales y llega a la conclusión de que entre el cuatro y el seis por ciento de los soldados españoles fallecían en combate y el noventa por ciento por enfermedad.

En la guerra de Cuba de 1868, en diez años se produjeron cincuenta y ocho mil cuatrocientos catorce muertos, de los cuales sólo tres mil seiscientos sesenta lo fueron en combate. En la última campaña, en 1896, hubo doscientas treinta y dos mil setecientas catorce hospitalizaciones y en los seis primeros meses de 1897 se habían acumulado ya doscientas una mil doscientas cuarenta y siete hospitalizaciones; el número de muertos entre 1895 y 1897 fue de cincuenta y cinco mil quinientos ochenta y ocho, pero sólo dos mil ciento cuarenta y uno lo fueron en combate o por las heridas recibidas. El resto falleció por enfermedades.

Por lo que respecta a la campaña de Marruecos de 1859-60, las víctimas por cólera fueron cuatro mil ochocientos noventa y nueve, mientras que en los combates fallecieron dos mil ciento veintiún soldados. El médico militar González Deleito, autor de diferentes trabajos sobre higiene militar, llegó a la conclusión de que las bajas del ejército español, excluyendo las producidas por los combates, eran las más elevadas de todos los ejércitos coloniales europeos, debidas en gran parte a la falta de higiene, alimentación incorrecta y a la movilización de mozos muy jóvenes, aún no desarrollados, sin las aptitudes físicas idóneas para soportar la vida militar. Un higienista militar dijo: ... *“en España mueren centenares de soldados que no deben morir...”*. Las causas más importantes de fallecimiento eran la tuberculosis, la viruela, las fiebres tifoideas o la disentería, aunque otras patologías como la tiña o las enfermedades venéreas causaban estragos; a todas las anteriores había que sumar las endémicas del país, como, por ejemplo, el cólera en África.²³

²³ FERNANDEZ BASTARRECHE, F.: «El servicio militar en la España del siglo XIX. Una epidemia de los tiempos contemporáneos», en *Historia 16*, 140, pp. 30-34; HORCADA, A.: *Revista de Sanidad Militar*, 11, 1921, pp. 142-145. Publicó las estadísticas de enfermedades venéreas entre 1917-1920 justificando la creación del servicio de venéreas en el hospital militar de Madrid-Carabanchel y la propuesta extensiva a los hospitales militares de primera y a los más importantes de África, Baleares y Canarias. Finalizaba el artículo resaltando el incumplimiento de las normas de profilaxis: ... *“son, aproximadamente, trescientos los cuerpos activos del ejército; a todos obligan las medidas profilácticas ordenadas; pues bien, no han solicitado del Parque de Sanidad Militar el material sanitario para esta profilaxis más que veintiuno hasta la fecha, y la última disposición obligatoria se dictó en junio de 1919...”*.

Otro problema era las malas condiciones físicas en las que se incorporaban muchos reclutas, ya que la insana vida cuartelera era considerada como tisiógena debido a la mala comida, el hacinamiento, el agotamiento físico, etc. En 1911, en las discusiones sobre la Ley de Reclutamiento del Ejército, Espina y Capó elaboró el denominado *Potencial Biológico* representado por la triada (peso, talla y perímetro torácico), según la cual el recluta que –independientemente de que padeciera o no enfermedad– midiera menos de un metro y medio, pesara menos de cuarenta y ocho kilos, o tuviera un perímetro torácico inferior a setenta y cinco centímetros, lo mismo que la edad de dieciocho años, considerada escasa, era excluido del servicio militar; este cálculo ha llegado hasta el presente.²⁴

Las condiciones en las que se desarrolló la campaña de Marruecos en los años veinte también fueron muy deficientes, pudiéndose aplicar los mismos argumentos utilizados por el doctor González Deleito a finales del siglo XIX y que eran mayoritariamente problemas higiénicos agravados en las posiciones más alejadas de las ciudades, alimentación inadecuada²⁵ y jóvenes soldados mal desarrollados.

Sobre el gravísimo problema del paludismo, el médico militar don Francisco Blázquez realizó su tesis doctoral basada en su propia experiencia como médico de la posición africana de Malalien en el año 1918, expresando claramente los problemas que había que solucionar si de verdad se quería erradicar el paludismo que dieztaba las guarniciones africanas.²⁶

²⁴ MOLERO MESA, J.: «Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del s. XX español», en *Trabajo social y salud*, 32, marzo, 1999, pp. 23-26, y *La sanidad en el Marruecos español a través de la legislación*.

²⁵ GUERRERO ACOSTA, J. M.: *El Ejército Español en campaña. 1643-1921*. Madrid, 1998, p. 77. La alimentación del soldado en campaña era con raciones “de mochila y de etapa”, con tocino o bacalao, arroz, habichuelas o judías, aceite, café, vino y aguardiente. En 1908-1910 se mejoraron con conservas, sardinas, pimientos y picadillo de jamón, que no precisaban ser guisadas. Por R.O.C. de 20-XI-1924 y 21-IX-1925 se crearon raciones especiales, “ranchos en caliente y en frío” para África, con raciones para europeos y para indígenas. En éstas se podía sustituir el aceite por la manteca de carnero o vaca y las sardinas por atún, bonito u otro pescado.

²⁶ BLAZQUEZ BORES, F.: *El paludismo en el Ejército y su importancia. Consideraciones sobre el problema en la Zona de Tetuán (Marruecos)*. Imprenta antigua Casa Izquierdo y C^a, Sevilla, 1920, pp. 59-60. En las conclusiones de su libro enumera trece puntos como, por ejemplo, proteger a las tropas con mosquiteras, hospitalización y separación inmediata de los enfermos con paludismo, saneamiento de charcas y pantanos en la península y norte de Marruecos, información obligatoria por los médicos de todos los casos de paludismo, creación de sanatorios para convalecientes palúdicos, leyes de amparo al incurable que regresaba de África, instalación de microscopios y elementos de analítica en los servicios sanitarios más importantes, crear la liga anti-palúdica, mejorar la estadística malárica y analizar los mosquitos de las zonas ocupadas.

Por su parte, el ministro de la Guerra, don Luis de Marichalar, en el mencionado informe de 1920, decía sobre las condiciones de vida de los militares ... “*que los relevos eran muy poco frecuentes, permaneciendo los soldados mucho tiempo en las posiciones sin ir a poblaciones grandes; que el ejército hacía un gran esfuerzo para mantenerse en aquellos picos, durmiendo en tiendas muy calurosas, los oficiales de cuatro en cuatro y los soldados en grupos de treinta por tienda, estando obligados a estar permanentemente en alerta ante la proximidad del enemigo y éste aprovecha cualquier descuido para realizar una sorpresa...*”.

También fue consciente del grave problema del paludismo, proponiendo medidas como la higienización de los campamentos o la designación de una comisión científica integrada por médicos militares y miembros de la academia de medicina para que, tras una visita de inspección, indicasen las medidas oportunas a adoptar con la tropa. Por último, describía al soldado peninsular con aspecto lastimoso, ... “*pequeño, desgarrado, anémico y desnutrido...*”, y al ser atacado por el paludismo con su resistencia mermada daba lugar a un número excesivo de bajas.²⁷

Como consecuencia de la visita del ministro de la Guerra a Marruecos en 1920, se creó una comisión encargada del estudio del paludismo en el protectorado, compuesta por el inspector médico de 1ª clase don José Pastor Ojero y cinco personas más, tres de las cuales eran médicos militares.²⁸ Esta comisión visitó la Yébal y el Riff y una de las conclusiones evidentes fue la influencia que habían tenido las operaciones militares en el desarrollo del paludismo; concretamente, a partir de la ocupación de Nador-Zeluán en 1909, había aumentado su morbosidad.

También se analizaban las causas del fracaso de las medidas antipalúdicas, entre las que se encontraba el que muchos palúdicos salían de los hospitales militares sin haber sido tratados totalmente, la falta de medidas profilácticas, la carencia de una persona que dirigiese la campaña científicamente, la indiferencia de la tropa y la falta de entusiasmo de los oficiales para hacer cumplir las reglas profilácticas. Esta Comisión proponía siete puntos para luchar contra la enfermedad:

- Creación de servicios antipalúdicos con un médico militar y un oficial de ingenieros que se dedicaran exclusivamente a estudiar el problema.

²⁷ *Historia de las Campañas de Marruecos*. 1981, t. III, pp. 338-339.

²⁸ El teniente coronel Antonio Redondo, el comandante Eduardo Delgado y el capitán José Palanca.

- Enseñanza a oficiales y tropa de los medios de propagación del paludismo para poder evitar el contagio.
- Protección mecánica contra mosquitos en las posiciones consideradas como focos palúdicos.
- Institución de la quinización preventiva bajo la dirección del servicio antipalúdico.
- Reducción del servicio militar a dos años a los reclutas destinados a África, vacunándolos de viruela y fiebre tifoidea.
- Establecimiento de sanatorios para convalecientes de paludismo en Marruecos.
- Supresión de las licencias por enfermo ocasionadas por paludismo para evitar exportar la enfermedad a la península por soldados enfermos.²⁹

Por lo que respecta al resto de las patologías más habituales, aparte de las heridas del combate y los traumatismos producidos por el manejo del propio equipo y ganado, en el grupo de las enfermedades hay que destacar las del aparato respiratorio, como la tuberculosis en sus diferentes manifestaciones y las bronconeumonías, los procesos infectocontagiosos como parotiditis, gripe o fiebres de malta, las afecciones de la piel como forunculosis, sarna y eccemas, las parasitarias como la teniasis y otras de menor repercusión como enteritis, gastritis, ictericia, úlcus, insolación, orquitis, endocarditis o lumbago, sin olvidar las enfermedades venéreas que, con un sinnúmero de pacientes por sífilis y blenorragias, diezmaron las guarniciones.³⁰ Sobre éstas últimas, el teniente médico de Dar Drius elevó el 11 de febrero de 1921 el siguiente parte: ... *“Tengo el honor de notificar a V. S. que, habiendo ingresado en el hospital militar de esta plaza durante el mes actual veinte individuos afectados de chancros venéreos y sifilíticos, diez de blenorragia y veinte de sarna producto de la grandísima prostitución clandestina proporcionada por el elemento vulgar que en los alrededores del*

²⁹ *El paludismo en la Zona del Protectorado español en Marruecos y medios para combatirlo*. Talleres del Depósito de la Guerra, Madrid, 1921. El estudio incluye unas cifras estadísticas referentes a la morbosidad del paludismo entre 1917-1920; las cifras de 1920 son: Ceuta, dos mil trescientos cincuenta y tres enfermos, uno con ocho por ciento de la fuerza en revista; Tetuán, tres mil ochocientos veinticuatro enfermos, dos con siete por ciento de la fuerza; Larache, en los ocho primeros meses de 1920, cuatro mil ciento sesenta y nueve enfermos, tres con siete por ciento de la fuerza; Melilla, en los diez primeros meses de 1920, cinco mil quinientos ochenta y seis enfermos y la mortalidad en el territorio Ceuta-Tetuán entre 1917-1920 había sido de ciento treinta casos y en Larache de ciento trece.

³⁰ Datos extraídos de los partes de reconocimiento del teniente médico José Salarrullana, en su época de la 6ª mía de contacto en 1920.

*campamento existe, considero necesaria la existencia de casas de lenocinio para evitar el incremento que van tomando dichas enfermedades, que amenazan con destruir la columna... ”.*³¹ Esta situación venía favorecida por las largas permanencias de los soldados en las posiciones y por la gran miseria de los indígenas que habitaban en los poblados próximos a los campamentos militares.

DESASTRE DE ANNUAL

El día 21 de julio de 1921 Annual comenzó a ser hostilizado por los rifeños. En la tienda del general Silvestre se celebró un consejo de guerra en el que los jefes de cuerpo votaron a favor de la retirada hacia Ben Tieb y Monte Arruit, en contra del criterio del general Silvestre y del coronel Morales. Se avisó a las posiciones próximas de la inminente retirada, sucediéndose una serie de órdenes y contraórdenes que aumentaron la confusión y la desmoralización de mandos y tropa, preludio evidente del drama que estaba a punto de desarrollarse.

Previamente, el coronel médico don Francisco Triviño Valdivia, de la jefatura de sanidad de Melilla, ante las alarmantes noticias procedentes de Annual, el 19 de julio había ordenado desplazarse de Dar Drius a Annual a los comandantes médicos Gómez Moreno y Fernández Lozano y a los tenientes López Galiacho y González Miranda³² para que apoyaran al capitán médico García Gutiérrez en la evacuación de heridos³³. Dada la orden de retirada de Annual a las diez y media de la mañana, primero se evacuó a los enfermos y heridos, aunque se sabía que el paso por Izzumar estaba cor-

³¹ Documentación José Salarrullana, 11-II-1921.

³² *Anuario Militar de España. 1921*. Pp. 616, 623 y 734. Carlos Gómez-Moreno y Martínez estaba destinado en la jefatura de sanidad de Melilla, Gregorio Fernández Lozano destinado en el grupo de hospitales de Melilla, Juan García Gutiérrez destinado en la comandancia general de Melilla, Francisco González Miranda, de la escala de reserva, destinado en el grupo de hospitales de Melilla y Emilio López Galiacho, de la escala de complemento.

³³ «El espíritu y la abnegación de los médicos militares» en *Revista de Sanidad Militar*, 19, 1921, p. 491. Los mencionados oficiales médicos se prestaron voluntariamente, salieron el día 19 de Dar Drius hacia Annual para auxiliar al capitán médico Juan García Gutiérrez, cooperando a la obra caritativa de los tenientes médicos Emilio López Galiacho, encargado de la sección de artolas, y José Salarrullana Alabart, de la sección automovilista, evacuando a ciento diez heridos y enfermos a Dar Drius, a la estación de ferrocarril de Tistutin y de allí a Melilla.

tado por el enemigo.³⁴ No se organizó un repliegue escalonado sino una salida en masa por sorpresa y, como diría posteriormente el informe Picasso, fue ... “*una precipitada fuga...*”.

Para salir de Annual en dirección a Dar Drius había que subir forzosamente por las rampas de Izzumar, donde se producirían escenas de horror sin límite, ya que la columna de huidos fue atacada con saña por los rifeños sin que hubiese reacción ni defensa por parte de los españoles. Como declararán los supervivientes, ... “*en el Izzumar se viven escenas de total destrucción de la personalidad; allí no hay hombres, sino fieras luchando por su vida, heridos pisoteados y abandonados, crímenes entre los propios soldados por arrebatarse una mula o una plaza en los pocos camiones, asesinatos de oficiales por tratar de impedir la huida colectiva y vergonzosas huidas de otros oficiales en los automóviles rápidos...*”. La compañía que protegía Izzumar abandonó los cañones sumándose a la huida; ... “*cruzar el desfiladero –seis kilómetros abarrancados, todavía hoy de muy peligroso paso– con las alturas cubiertas de tiradores, se convirtió en una carnicería...*”.

Los fugitivos de todas las posiciones abandonadas, sin ninguna clase de organización, no se detuvieron en Ben Tieb,³⁵ sino que prosiguieron la desbandada hasta Dar Drius, a donde llegó aquella tarde el general segundo jefe, don Felipe Navarro, para tomar el mando, ya que al general Silvestre se le daba por muerto. Navarro se percató rápidamente de la inutilidad de la defensa con una tropa tan deprimida ante un enemigo envalentonado y muy numeroso. El 23 de julio, a las diez de la mañana, se ordenó al regimiento de Cazadores de Alcántara que protegiese un convoy automóvil de heridos hasta Uestia; los vehículos dejaron atrás a los caballos cayendo en una emboscada en Dar Azugar, ... “*los rifeños quemaron los vehículos y remataron fríamente a los indefensos heridos...*”. Cuando llegaron los jinetes de

³⁴ Según el Expediente Picasso, el día 22 de julio de 1921 se encontraban en Annual los siguientes oficiales de Sanidad Militar: los comandantes Fernández Lozano y Gómez Moreno, el capitán García Gutiérrez, los tenientes D’Harcourt Got, Cadenas Rubí, Cortés Aguilar, Hernández Vázquez, López Galiacho, Muguruza, Puig Quero, Salarrullana Alabart, Videgaín y el alférez Roig Padros, de los que Cadenas y Videgaín fueron dados por desaparecidos. Documentación cedida por don Juan Pando Despierto.

³⁵ PANDO DESPIERTO, J.: *Historia secreta de Annual*. Ediciones Temas de Hoy, S.A., Madrid, 1999, pp. 174-178. Ben Tieb estaba guarnecido por seiscientos cincuenta y un hombres de Infantería, Caballería, Artillería, Ingenieros, Intendencia y Sanidad Militar, y como oficial médico el teniente Peña, que se hizo cargo con total éxito de la evacuación de los setenta heridos el día 22-VII.

Alcántara nada pudieron hacer.³⁶ A mediodía, la guarnición de Dar Drius y los huidos de todas las posiciones se retiraron a Batel dejando otro reguero de muertos.

El día 27 de julio, los restos del ejército al mando del general Navarro se retiraron a Tistutin y el 29 sobre Monte Arruit. Hubo que transportar doscientos cincuenta y dos heridos y enfermos, de los cuales ciento cincuenta y siete lo hicieron a pie por falta de camillas y ganado. De su asistencia se encargaron los hermanos García Martínez³⁷ con ocho soldados de sanidad, ciento setenta y seis camilleros para turnarse con las veintidós camillas y setenta y tres conductores de ganado. La retirada fue ordenada, yendo la columna de heridos en el centro de la marcha flanqueada por el resto de las unidades. En principio todo funcionó bien hasta el amanecer, en que los rifeños atacaron, cundiendo de nuevo el pánico, la desorganización y la matanza, en la que fallecieron los médicos García Martínez junto a los camilleros y los enfermos que transportaban. Sólo se salvaron los heridos que iban a lomo y a pie, que sí llegaron a Monte Arruit,³⁸ habiendo quedado, de nuevo, innumerables muertos en el camino.³⁹ En esta última posición se concentró un total de tres mil diecisiete hombres supervivientes de la evacuación de Annual y del resto de las posiciones próximas. La asistencia sanitaria estaba en manos de un capitán, tres tenientes médicos y un civil.⁴⁰

³⁶ BOSQUE COMA, A.: «El Regimiento de Alcántara, sacrificado en Monte Arruit», en *Historia* 16, 264, p. 27.

³⁷ Víctor García Martínez, capitán médico, oftalmólogo, destinado en la comandancia general de Melilla, y Modesto García Martínez, teniente médico del regimiento Alcántara nº 14, especialista en pulmón y corazón. *Anuario Militar de España*, 1921, pp. 622 y 625. *Historia de Melilla a través de sus calles y barrios*. Asociación de Estudios melillenses, 1979-1997, p. 474.

³⁸ SAINZ GUTIÉRREZ, S.: *Con el General Navarro. En operaciones. En el cautiverio*. Sucesores de Rivadeneyra, Madrid, 1924, pp. 45, 48 y 51.

³⁹ RODRÍGUEZ DE VIGURI Y SEOANE, L.: *La retirada de Annual y el asedio de Monte Arruit*. Sucesores de Rivadeneyra, Madrid, 1924, pp. 46-47. Esta retirada se dispuso de forma organizada. ... “defecciones imposibles de evitar y las constantes bajas habían reducido los dos mil quinientos sesenta y seis hombres que salieron el día 23 de Dar Drius a mil doscientos noventa y cinco hombres útiles, de los que doscientos cincuenta aproximadamente tenían que deducirse para actuar como camilleros y acompañantes de los heridos que se transportaban en los escasos caballos disponibles...”.

⁴⁰ SAINZ GUTIÉRREZ, S.: 1924, p. 87, y *Anuario Militar de España*, 1921, pp. 622 y 624. El capitán don Teófilo Rebollar Rodríguez, destinado en el regimiento mixto de Artillería de Melilla, los tenientes don Felipe Peña Martínez, del regimiento de Infantería San Fernando número 11, único superviviente, don José Rovert Motta, del regimiento de Infantería Melilla número 59, y don Enrique Videgain Aguilar, del regimiento de Infantería África número 68, y el Sr. Andríguez, incluido entre los médicos.

Los médicos de Monte Arruit carecieron absolutamente de medios de curación para los heridos y enfermos, gangrenándose cualquier herida, por lo que sólo de infecciones murieron ciento sesenta y siete pacientes.⁴¹

Como ejemplo de la terrible situación en que se encontraban los heridos y la carencia de medios sanitarios está la amputación que los médicos debieron practicarle al teniente coronel don Fernando Primo de Rivera. El día 31 de julio cayó herido por una granada que le destrozó un brazo. Una vez en la enfermería, los médicos sólo pudieron amputarle el miembro, pero era tal la carencia de medios de cura y material sanitario que ... *“un pañuelo sujeto sobre los dientes y los efluvios de un frasco de colonia fueron su único sedante; una navaja de afeitar, el instrumento utilizado en la improvisada operación...”*. Tres días después falleció de gangrena.⁴²

Las carencias de los sitiados se intentaron solucionar mediante envíos aéreos, dejando caer, los pocos aparatos que tenía Melilla, alimentos, barras de hielo, munición y medicamentos. Precisamente de estos últimos se pudo beneficiar el general Navarro que, herido por una granada de artillería el día 7 de julio, pudo ser atendido con mejor fortuna que el jefe del regimiento Alcántara, ya que un aparato acertó dentro del recinto con un saco de medicamentos que contenía yodo, cloroformo, una cantimplora de coñac, algodón, gasas y otras cosas, aunque para vendar al general se usaron unas vestiduras de moras que se encontraban en el campamento.⁴³

A pesar de todo, la guarnición, con casi quinientos enfermos y heridos,⁴⁴ sin agua, municiones, medicamentos ni moral, y cercados por los rifeños, resistió hasta el 9 de agosto que se rindió con condiciones que, por supuesto, no cumplieron los rifeños⁴⁵.

⁴¹ RODRÍGUEZ DE VIGURI Y SEOANE, L.: 1924, p. 54. ... *“El único médico superviviente da en su declaración datos del estado de la enfermería, donde más de medio millar de hombres sufre sin que se halle manera de prestarles asistencia alguna .../... los heridos y enfermos, cuyos gritos pidiendo agua, según declara uno de los soldados supervivientes, eran oídos por todos y que, desbordando los barracones en que se albergaban, tuvieron que ser colocados al lado del parapeto...”*.

⁴² BOSQUE COMA, A.: *Historia 16*, 264, p. 30.

⁴³ SAINZ GUTIÉRREZ, S.: 1924, p. 65.

⁴⁴ CARRASCO GARCÍA, A.: *Las imágenes del Desastre, Annual 1921*. Almera Ediciones, Madrid, 1999, p. 59. El teniente médico Peña declaró que ... *“en la enfermería, que estaba enfilada por la puerta y muy combatida, fueron muertos casi todos los sanitarios y que la situación se complicó con los cuatrocientos o quinientos heridos que había, de los que muchos murieron por falta absoluta de medios terapéuticos...”*.

⁴⁵ PANDO DESPIERTO, J.: «Catástrofe española en el Riff», en *Historia 16*, 244, p. 29. Se pactó la rendición, entregando el armamento y dejando salir al convoy de heridos que con los médicos y una “harka” los escoltarían hasta la Restinga; estas condiciones no se cumplieron, ya que nada más salir fueron atacados, muriendo dos mil trescientos españoles, excepto el general Navarro, nueve oficiales, un intérprete y siete soldados.

El balance de pérdidas fue abrumador. La cifra de muertos españoles oscilaba entre ocho mil quinientos y doce mil quinientos, ya que había gran confusión entre efectivos reales y presentes. Ausentes por diferentes motivos había entre cuatro mil y cinco mil, indígenas muertos al lado de España quinientos, prisioneros sólo hubo cuatrocientos treinta y ocho, y una cantidad inmensa de material de guerra perdido, incluido todo el de los parques de Intendencia y Sanidad. El gobierno nunca quiso dar las cifras exactas.⁴⁶

BAJAS EN EL CUERPO DE SANIDAD MILITAR EN EL VERANO DE 1921

Por lo que respecta a las bajas sufridas por el cuerpo de Sanidad, también es difícil aventurar cifras exactas. El comandante médico García Sierra, en un artículo publicado en septiembre de 1921, aún no tenía claro el número exacto de médicos muertos o prisioneros en los combates del verano.⁴⁷ Repasando los datos de diferentes publicaciones⁴⁸ se puede afirmar que fallecieron dieciocho oficiales médicos, es decir, el veintiuno con nueve por ciento de los destinados en la comandancia de Melilla, y cuatro fueron hechos prisioneros, de los cuales el teniente Vázquez Bernabeu, como ya se ha dicho, huyó de Axdir a nado. El teniente don Felipe Peña fue capturado en Monte Arruit;⁴⁹ el médico don Fernando Serrano Flores permaneció retenido con el resto de prisioneros en Axdir prestando sus servicios hasta que falleció de enfermedad,⁵⁰ y el capitán don Manuel Peris Torres, del con-

⁴⁶ PANDO DESPIERTO, J.: «Catástrofe española en el Riff», en *Historia 16*, 244, p. 30.

⁴⁷ *Revista de Sanidad Militar*, 11, 1921, p. 470, se daba como fallecidos en campaña a los tenientes médicos Bercial y Perdomo, herido el teniente Rover y prisionero el capitán médico Peris; GARCÍA SIERRA, E. A.: «Nuestros muertos», en *Revista de Sanidad Militar*, 18, 1921, pp. 537-540.

⁴⁸ *Historia de las Campañas de Marruecos*. 1981, t. III, pp. 419, 451, 459, 461, 471, 481, 502 y 531; MASSONS, J. M^º.: *Historia de la Sanidad Militar Española*, t. II. Ediciones Pomares-Corredor, S.A., Barcelona, 1994, pp. 304-310; y SAÍNZ GUTIÉRREZ, S.: 1924, p. 587.

⁴⁹ PANDO, J.: «La pesadilla del Gurugú», en *Historia 16*, 247, p. 25; *Revista de Sanidad Militar*, 11, 1921, p. 530; *Revista de Sanidad Militar*, 15, 1925, p. 69. ... «Peña, herido en la cabeza mientras defendía el parapeto, salió con los otros médicos, y durante la matanza fue salvado por un indígena. Hizo de curandero en un aduar próximo a Atlaten hasta que escapó, llegando a Melilla con dos indígenas, por lo que sería propuesto para la Cruz Laureada de San Fernando...».

⁵⁰ García Sierra habla del teniente médico Serrano, del regimiento de Infantería de Melilla, como prisionero de Abd-el-Krim, mientras que en la relación de oficiales fallecidos durante el cautiverio que elaboró el general don Felipe Navarro habla del «médico Serrano» fallecido el 18-VII-1922.

sultorio del zoco de Hach, fue el único rescatado.⁵¹ De los soldados de Sanidad, sanitarios, practicantes o camilleros, prácticamente no hay noticias, excepto las anotadas por don Sigfredo Sainz Gutiérrez en su obra.⁵²

A pesar de estas cifras de fallecidos, en una publicación de 1922 sus autores menospreciaban el esfuerzo y las bajas de Sanidad Militar con el siguiente comentario: ... “*El arma de Infantería ha sido la más castigada. En el cuerpo de Sanidad Militar, en cambio, las bajas han sido muy escasas. Esto se explica por el afán con que los moros desean apoderarse de los médicos, no para matarlos brutalmente, sino para que curen a sus heridos; se da el caso de que, una vez prestados los servicios, los devuelven con toda clase de respetos y consideraciones...*”.⁵³ Es un comentario totalmente injusto que no merece más atención que recordar el comportamiento de médicos como Vázquez Bernabeu⁵⁴ o Peña Martínez, laureado el primero y propuesto para la misma condecoración el segundo por su comportamiento, o simplemente la relación de fallecidos del cuerpo de Sanidad en las campañas de África.

EL EXPEDIENTE PICASSO

Una vez conocido el *desastre* en toda su magnitud, comenzó la búsqueda de responsabilidades. Una obra “escrita por varios autores diplomáticos y militares”, fechada posiblemente en 1922, afirmaba que las causas del *desastre* se debían a todos, a la anarquía gubernamental y a la indiferencia del pueblo.⁵⁵ Consecuencia directa del vendaval político fue la caída del

⁵¹ *Historia de las Campañas de Marruecos*, t. III, 1981, p. 481. El capitán médico Peris fue canjeado por prisioneros rifeños el 29-VII-1921 por la Oficina de Asuntos Indígenas, 3ª mía. cábila de Beni-Sicar; PANDO, J.: *Historia secreta de Annual*, p. 219, refiere que el capitán médico Peris y el teniente de la policía Sanz fueron encausados por el abandono del reducto de Sammar.

⁵² Entre los prisioneros en Axdir había cuatro soldados de Sanidad Militar, dos de los cuales murieron.

⁵³ *La Guerra en el Riff*. Ed. B. Bauza, Barcelona, ¿1922?, p. 338. La mencionada obra, escrita por varios autores, aunque no los enumera, es la misma en la que se acusaba del *desastre* a todo el mundo excepto al ejército.

⁵⁴ El actual hospital militar de Valencia lleva el nombre de “Vázquez Bernabeu”.

⁵⁵ *La Guerra en el Riff*. Ed. Bauza, Barcelona, ¿1922?, pp. 361-363. ... “*Puede decirse que la derrota de Melilla se debió: 1º, al desgobierno nacional..., 2º, a lo vacilante de la política seguida en Africa..., 3º, a la excesiva templanza en nuestro trato con el rifeño..., 4º, al licenciamiento de tropas veteranas..., 5º, al empleo constante de tropas indígenas como fuerzas de choque..., 6º, a la acción, quizá de cierto partido colonialista extranjero, entorpeciendo la obra española en Marruecos...*”.

gobierno presidido por don Antonio Maura, que formó uno nuevo en el que don Juan de la Cierva se encargó de la cartera de la Guerra.

A primeros de agosto se produjo un duelo en la prensa entre el general Luque y el ministro de la Guerra, en el que el primero acusó al ministro de no haber comprado un excelente material de guerra inglés, sobrante de la guerra y a precio de saldo, y que, entre otras cosas, contenía material de sanidad del que tan escaso estaba el ejército.⁵⁶ El 6 de agosto de 1921, dada la repercusión política que había tenido el desmoronamiento de la comandancia de Melilla, el gobierno nombró al general don Juan Picasso González como juez instructor de las responsabilidades del desastre marroquí.

Aunque el ministro de la Guerra, don Juan de la Cierva, ordenó que no afectase la investigación al ... *“general Berenguer y que su información no debe extenderse a los acuerdos, planes y disposiciones del Alto Mando...”*,⁵⁷ el 18 de abril de 1922 concluyó el expediente en el que se encausaba a setenta y siete mandos, recomendándose el procesamiento de los generales Berenguer y Navarro.

Diferentes autores que han escrito sobre el tema, como Benzo⁵⁸ o Brennan⁵⁹, señalan la importante responsabilidad de los propios militares en este desastre.

En el Expediente Picasso se enjuició también a la sanidad militar, siendo uno de los principales testigos el teniente médico don Felipe Peña. Entre los oficiales encausados estaba el teniente médico don Joaquín D’Harcourt y Got, de la Policía Indígena de Melilla, ... *“por abandono del cadáver de su jefe y no comprobación del fallecimiento de éste...”*.⁶⁰

⁵⁶ PANDO DESPIERTO, J.: *Historia secreta de Annual*. 1999, pp. 248-249. Ochenta botiquines de batallón, cien mil paquetes de cura, quinientas tiendas cónicas, setenta tiendas hospital, cuarenta y seis equipos de desinfección de ropa y doce para esterilizar agua, diecisiete ambulancias y cuatro laboratorios automóbiles de radiografía, para usarlos en el campo de batalla.

⁵⁷ PANDO DESPIERTO, J.: «Catástrofe española en el Riff», en *Historia 16*, 244, p. 18.

⁵⁸ BENZO, E.: *Al servicio del Ejército*. Morata, Madrid, 1931, p. 45. Que achaca las derrotas españolas, tanto en América como en África, a ... *“la falta de preparación técnica, en la inercia suicida de una oficialidad mediocre, en su estatismo ante la evidente necesidad de aprender, de aprender más, de aprender siempre, en la cómoda y sistemática postura de culpar de los defectos colectivos a jefes y gobernantes...”*.

⁵⁹ BRENNAN, G.: *El laberinto español. Antecedentes sociales y políticos de la guerra civil*. Plaza y Janes, Barcelona, 1984, p. 83. En su visita a Xauen en 1924 refiere: ... *“no encontré ni trincheras de segunda línea ni tampoco alambradas, y un solo camino, tan estrecho, que dos arzones de artillería podían difícilmente cruzarse, y tan mal construido que los puentes se venían abajo en cuanto llovía. Daba la sensación de que no se había tomado la precaución más mínima contra cualquier ataque por sorpresa...”*.

⁶⁰ PANDO DESPIERTO, J.: *Historia secreta de Annual*. 1999, p. 173. El mencionado médico, con el coronel Morales y dos oficiales más, se juramentaron para matarse

El fiscal también encontró punible la actuación del capitán médico Peris por la rendición y huida de Xamar, lo mismo que la del coronel Triviño.⁶¹

Por su parte, el teniente Casado, superviviente de Igueriben, entre otras cosas declaró ... *“que en la posición se carecía de médico y practicante y había escasísimos medicamentos en las bolsas sanitarias de las dos compañías...”*, siendo esta carencia de asistencia facultativa la que impidió en todo momento atender a los heridos.⁶²

En los diferentes testimonios aportados por los supervivientes aparecen comentarios como ... *“en todo el territorio sólo rodaba una auto ambulancia de sanidad militar.../...en Annual no había hospital de campaña, sino dos malas tiendas tortugas...”*.

El día 16 de junio hubo numerosas bajas y para su transporte tuvo el declarante que ... *“prestar todas las camillas del tercer batallón de África y ciento ochenta hombres sin armas que las llevaron hasta Izzumar.../...los elementos sanitarios eran deficientísimos en Annual y en alguna posición que otra nulos...”*.⁶³

En el congreso de los diputados hubo también críticas muy serias a la actuación de Sanidad Militar. Don Arsenio Martínez de Campos alabó el trabajo de Cruz Roja y censuró la sanidad militar y muy concretamente al inspector de sanidad, coronel Triviño.⁶⁴ También dijo sobre los hospitales militares que ... *“eran más odiosos que las cárceles, porque en ellos el sufrimiento era más intenso. Había una gran dejación de los enfermos...”*, y continuó diciendo que sanidad militar ... *“es la desorganización de las desorganizaciones y la vergüenza de las vergüenzas el funcionamiento de esos hospitales militares...”* y, si no, que se lo preguntaran a las Hermanas de la Caridad. Concluyó pidiendo la modificación de la estructura del cuer-

entre ellos antes que dejarse capturar por los rifeños. El coronel Morales recibió dos heridas en la subida a Izzumar, pero ninguno de sus compañeros tuvo valor de cumplir lo pactado y, aunque el teniente médico D'Harcourt, también herido, testificó que el coronel había muerto cuando continuaron su marcha, no fueron creídos.

⁶¹ CARRASCO GARCIA, A.: *Las imágenes del Desastre, Annual 1921*. 1999, pp. 61-63.

⁶² *Historia de las Campañas de Marruecos*. 1981, t. III, p. 640.

⁶³ GALBAN JIMENEZ, M.: *España en Africa. La pacificación de Marruecos*. Madrid, 1959, p. 559. Declaración del teniente coronel Fdez. Tamarit, del regimiento de Infantería África.

⁶⁴ MARTÍNEZ DE CAMPOS, A.: «Melilla 1921», en *El Pueblo Manchego*, Ciudad Real, 1922, pp. 67-68. ... *“Todos los elogios que yo pudiera tributar al funcionamiento de los hospitales de la Cruz Roja me parecerían insuficientes, en cambio todas las censuras me parecerán pocas para la manera como se trata y atiende a los enfermos en los hospitales que dependen del estado español...”*. Del coronel Triviño dijo que ... *“no aparecía por el hospital nunca, salvo raras excepciones, como en el momento de la visita, de la firma, etc...”*, y que siempre se le encontraba en los cafés.

po de Sanidad Militar, y que los hospitales no dependieran de intendencia, ... “*que sea el cuerpo el que dé médicos a los batallones, a los regimientos, a los destacamentos; y luego debe tenerse un personal, no lo llamaremos cuerpo, para el servicio de los hospitales...*”.⁶⁵

Por su parte, don Indalecio Prieto, en la sesión del 12 de noviembre de 1922, refiriéndose a los hospitales militares de Melilla, afirmó que ... “*las chinches corrían por encima del rostro de los heridos...*”.⁶⁶

En las declaraciones del coronel Riquelme a la comisión de responsabilidades, el 30 de julio de 1923, preguntado sobre la asistencia a los soldados en los hospitales, dijo que ... “*había habido quejas de soldados que encontraban la comida mala y escasa, pero sobre la asistencia médica no las había habido...*”.

En resumen, que salió a la luz la gran carencia de medios con que tuvo que trabajar la sanidad militar, pero sin cuestionar la actuación de los médicos por dejación de sus obligaciones. Finalmente, todo quedó suspendido como consecuencia del golpe del general Primo de Rivera en 1923, concluyendo las responsabilidades con un real decreto de amnistía el 4 de julio de 1924.

INNOVACIONES EN SANIDAD MILITAR DURANTE LA CAMPAÑA DE MARRUECOS 1919-1927

Como consecuencia del derrumbamiento de la comandancia de Melilla se tuvo que adoptar una serie de medidas encaminadas a paliar deficiencias y a mejorar la efectividad de los servicios de Sanidad Militar.

Personal de Sanidad Militar

Ya se ha comentado que había problemas para cubrir las vacantes de oficiales médicos en África, por lo que en 1919, por una real orden circular, se establecía que, mientras subsistiese la falta de tenientes médicos en África, Baleares y Canarias, las vacantes de subalternos fuesen provistas por tenientes o capitanes indistintamente, excepto las de mando de tropas sanitarias,

⁶⁵ MARTÍNEZ DE CAMPOS, pp. 69-73.

⁶⁶ PANDO DESPIERTO. J.: «Un año después de Annual. La pesadilla africana en la España de 1922», en *Historia* 16, 260, p. 15.

que lo serían por tenientes médicos que ocupasen otros destinos en los territorios donde ocurriesen las vacantes.⁶⁷

Por lo que respecta a la escala de complemento, los soldados médicos destinados en África que se quisieran acoger a la normativa para ser nombrados médicos auxiliares, en vez de recibir la instrucción en la Academia de Sanidad Militar, realizarían las mencionadas prácticas, de igual duración, en la jefatura de Sanidad Militar de la comandancia general en la que sirviesen, prestando posteriormente sus servicios como médicos auxiliares en la misma comandancia.⁶⁸ De esta forma seguían trabajando en el protectorado los que pertenecían a las comandancias de Marruecos.

Una vez producido el derrumbamiento de la comandancia de Melilla, se adoptó dos medidas de urgencia para paliar la carencia de personal de sanidad. Una consistió en el nombramiento de médicos, farmacéuticos y veterinarios auxiliares de entre los soldados con la titulación oportuna;⁶⁹ la otra fue crear cien plazas de practicantes profesionales del ejército, como auxiliares del cuerpo de sanidad militar, para ser destinados a las unidades de África ... *“a fin de atender debidamente las necesidades sanitarias de las tropas, especialmente las del ejército de operaciones, en vista de las actuales circunstancias...”*. Estas plazas eran provisionales, dada la urgencia del momento, mientras se organizaba definitivamente el cuerpo subalterno de sanidad militar (odontólogos, practicantes de medicina y cirugía y practicantes de farmacia).⁷⁰

Finalmente, mencionar que al movilizar batallones expedicionarios para África se destinó dos oficiales médicos urgentemente a estas unidades; y para cubrir los servicios desatendidos en la península se designó a médicos auxiliares y a médicos civiles habilitados para el servicio de Sanidad Militar, incluso se autorizó a los médicos provisionales a prestar el servicio en su unidad, aún cuando ésta se desplazara a África.⁷¹

Con todas estas medidas, el maltrecho cuerpo de Sanidad Militar en África se vio reforzado con la llegada a Melilla de nuevos médicos y mate-

⁶⁷ R.O.C. de 24-XI-1919, C.L. n° 446.

⁶⁸ R.O.C. de 30-VIII-1920, C.L. n° 414.

⁶⁹ Concediendo a los soldados con el título de médico, farmacéutico o veterinario acogerse a los beneficios de la R.O. de 16-II-1918 y poder solicitar ser médicos, farmacéuticos o veterinarios auxiliares del ejército sin perder los beneficios que pudieran tener como individuos de cuota, siendo licenciados tan pronto como cesaran las circunstancias que motivaron su movilización. R.O.C. de 13-VIII-1921, C. L. n° 338. Quedaría sin efecto por ROC., 3-VI-1924, C.L. n° 260, al haber desaparecido las condiciones excepcionales que la motivaron.

⁷⁰ R.O.C. de 3-IX-1921, C.L. n° 401.

⁷¹ R.O.C. de 24-IX-1921, C.L. n° 459.

rial. El día 9 de agosto de 1921 ya habían desembarcado con las unidades expedicionarias siete oficiales médicos, ciento ochenta y seis soldados de Sanidad y cien mulos,⁷² aunque también hay que resaltar que se trataba de personal sin experiencia. En la revista de las tropas llegadas hasta el día 1 de agosto, en lo concerniente a sanidad, el general Cabanellas declaró que ... *“me asignaron un hospital de campaña de la primera región militar; de los cincuenta y cinco hombres de plantilla, cuarenta y nueve eran de cuota: estudiantes, abogados, empleados de la deuda, fomento y gobernación. El material lo recibieron al embarcar, así como el ganado, los atalajes, por el tamaño, para caballo. Me encontré collerones puestos al revés, resultando las mulas matadas por los brazos y, por tanto, no tiraban. Vi un conductor que era abogado, y los dos oficiales médicos que las mandaban eran de nuevo ingreso y no sabían lo más elemental, como hacer un recibo para sacar raciones, de lo referente al suministro de ganado y tropa, así es que al principio ni se alimentaba la tropa ni se proporcionaba cebada al ganado...”*⁷³

Asistencia Sanitaria

Respecto a los médicos destinados en la mías, encargados de los consultorios y enfermerías indígenas, en 1920 se legisló que debían seguir dependiendo facultativamente de la jefatura de sanidad de la comandancia general respectiva y subordinados a los jefes de las subinspecciones de tropa y asuntos indígenas, ... *“quienes, siguiendo las inspiraciones de los comandantes generales, dictarán las reglas de conducta a seguir para que sea perfecto el acuerdo entre su actuación y la de los capitanes de las mías de las demarcaciones en que están establecidos dichos consultorios...”*⁷⁴

Posteriormente, a finales del verano de 1921, para dar salida y asistencia a los pacientes procedentes de África, se creó una zona sanitaria de evacuación destinada al sector de Melilla con tres bases, Málaga, Sevilla y

⁷² GALBAN JIMENEZ, M.: 1959, p. 416.

⁷³ Comisión de Responsabilidades, información pública del 30-VII-1923 del general Cabanellas; GALBAN JIMÉNEZ, Manuel: *España en África. La pacificación de Marruecos*. Madrid, 1959, p. 420. El hospital de campaña estaba organizado a base de la 2ª compañía de la primera comandancia de tropas de Sanidad Militar al mando del capitán médico Areces Matilla; *Revista de Sanidad Militar*, 11, 1921, pp. 530-531: fue despedida en la estación de ferrocarril de Mediodía por altos mandos sanitarios de la primera región militar con discurso y ... *“patrióticos vivas y entusiastas aplausos...”*.

⁷⁴ R.O.C. de 9-VIII-1920, C.L. nº 390.

Madrid, con unas trescientas cincuenta camas cada una, y con la condición de que ... “*mientras duren las actuales circunstancias, no recibirán más que heridos procedentes de la zona de operaciones de Melilla...*”.

En Málaga se creó un centro especializado en fracturas y articulaciones, en Sevilla otro de oftalmología, y en Madrid uno de otorrinolaringología y otro de prótesis maxilo-facial, éste último con una filial en Melilla para urgencias. Para el ingreso de enfermos se usaron los hospitales de Badajoz, Córdoba, Granada, Almería, Cartagena, Alicante y Valencia, duplicando su capacidad con otros establecimientos. En Málaga y Cádiz se situó dos trenes-hospital que distribuían los pacientes a los mencionados hospitales y un tercero de reserva en Madrid.⁷⁵ Finalmente, se dispuso que los hospitales de Cádiz sólo se debieran usar con heridos de Melilla en caso de verdadera necesidad, por estar reservados para los heridos de Ceuta y Larache.⁷⁶ Por último, se publicaron en 1922 unas normas limitando la concesión de licencias por enfermo a los heridos en África a casos de absoluta necesidad. Como consecuencia, los pacientes del ejército de África, para poder ser evacuados a los hospitales peninsulares, debían serlo a propuesta del jefe de sanidad del territorio y con el visto bueno del comandante general. Los enfermos eran revisados de nuevo en el puerto de desembarco por una comisión de médicos que decidían la distribución por los hospitales peninsulares o el regreso a África. En definitiva, se intentó poner coto al exceso de soldados de África que por motivo médico, justificado o no, se encontraban en la península⁷⁷.

Hospitales militares

Posiblemente, una de las medidas que más trascendencia ha tenido en el funcionamiento de los hospitales y enfermerías de las academias militares fue la instalación de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl en 1896.⁷⁸ A principios del año 1921 se ordenó que las Hijas de la Caridad

⁷⁵ *Revista de Sanidad Militar*, 6, 1922, pp. 159-165. Con motivo de la puesta en funcionamiento del primer tren hospital, el comandante médico Calvo Flores, director del mismo entre el 8-VIII y el 12-XII-1922, publicó de forma pormenorizada sus itinerarios, con número de pacientes transportados y todas sus vicisitudes incluyendo material sanitario y ferroviario utilizado, colocación de camillas y personal que intervino, resaltando la utilidad de sus servicios.

⁷⁶ R.O.C. de 22-IX-1921, C.L. 449; R.O.C. de 23-IX-1921, C.L. 453; R.O.C. de 24-IX-1921, C.L. 459; *Revista de Sanidad Militar*, 11, 1921, pp. 577-580.

⁷⁷ R.O.C. de 3-II-1922, C.L. 48.

⁷⁸ Convenio de 7-II-1896 modificado por O.C. 30-IX-1897.

comenzasen a prestar sus servicios en los hospitales militares de África⁷⁹ y a finales de agosto, tras el *desastre*, se ordenó con toda urgencia la implantación de la mencionada congregación en los hospitales militares de las tres comandancias generales de África.⁸⁰ La última normativa hospitalaria promulgada relacionada con la sanidad en África fue la autorización a paisanos europeos o indígenas, residentes en Xauen, para recibir asistencia facultativa en el hospital militar, con cargo al presupuesto del ministerio de Estado⁸¹.

Alimentación

La alimentación en los hospitales militares se atenía al plan vigente desde el 8 de agosto de 1884,⁸² aunque en 1920 se aprobó una revisión del plan de alimentación para hospitales y enfermerías militares que, de una forma muy resumida, se puede desglosar en:

1. Dietas:
 - Animal.
 - Animal para generales, jefes y oficiales.
 - Hídrica.
 - Leche, con o sin azúcar.
 - Caldos vegetales, azucarados o no.
2. Raciones ordinarias, que tenían cuatro variantes que incluían:
 - Desayuno (café con leche).
 - Comida (sopa y cocido).
 - Cena (sopa de ajo y un guiso de carne).
 - Ración de cocido para generales, jefes y oficiales (sopa y cocido).
3. Raciones extraordinarias.
4. Régimen de transición.

⁷⁹ R.O.C. de 4-I-1921, C.L. 2.

⁸⁰ R.O. de 31-VIII-1921, C.L. 389, R.O.C. de 19-XII-1921, C.L. 562, R.O.C. de 22-II-1922, C.L. 76, aprobando la Instrucción para el régimen y servicio de las Hijas de la Caridad en los hospitales militares, y R.O. de 24-VI-1922, C.L. n° 224, aprobando el reglamento-programa para las hermanas enfermeras de San Vicente de Paúl en los hospitales militares; R.O.C. de 11-VIII-1925, C.L. 264, aprobando un nuevo programa cuestionario para la enseñanza de enfermeras de San Vicente de Paúl de los hospitales militares.

⁸¹ R.O. de 27-I-1922, C.L. 34.

⁸² MIGUEL GAVIRA, A. de y CARRETERO DE NICOLAS, F.: «Un siglo de planes de alimentación para hospitales militares», en *Medicina Militar*, 4, 1990, v. 46, pp. 453-462.



La reina doña Victoria Eugenia visita en el hospital de Antequera, en 1922, a soldados heridos en África, acompañada por el comandante médico Antonio Valero, director del centro (Foto cedida por el doctor don Agustín Valero).

Concluye el plan dando unas normas de aplicación como, por ejemplo, que la administración de vino o cerveza sería siempre a juicio del jefe de clínica, o que el plan de alimentación de los suboficiales fuera como el de tropa pero con variaciones, como por ejemplo dar postres en cada comida. Al final incluía una tabla de composición y valoración energética en calorías de los alimentos.⁸³

Equipos quirúrgicos

De especial importancia fue la creación de dieciocho equipos quirúrgicos para la asistencia de los heridos en la guerra de África. En el mes de septiembre de 1921, y basándose en la experiencia de la guerra europea, se dispuso que la asistencia de los heridos, no sólo de África sino también de los hospitales de evacuación de la península, estuviese a cargo de especia-

⁸³ R.O.C. de 13-VIII-1920, C.L. 211.

listas en cirugía de guerra constituidos en equipos quirúrgicos,⁸⁴ y para la asistencia de los heridos procedentes de África se crearon dos nuevos equipos quirúrgicos denominados “Equipo de Otorinolaringología” y “Equipo de Oftalmología”, en los hospitales de Madrid-Carabanchel y Córdoba, respectivamente.⁸⁵

En 1921, el cirujano consultor don Mariano Gómez Ulla y el secretario don Leandro Martín Santos propusieron unas instrucciones generales para el servicio de cirugía que fueron aprobadas en Diario Oficial en octubre de 1921.⁸⁶

A finales de 1922 se reorganizaron los equipos quirúrgicos disolviendo el nº 5 de Melilla,⁸⁷ el nº 26 de Tetuán y el nº 25 de Ceuta, quedando constituidos nominalmente por si fuese preciso activarlos de nuevo, mientras que el equipo quirúrgico nº 7 de Melilla fue trasladado con urgencia a Madrid-Carabanchel.⁸⁸ Al año siguiente, con motivo de la organización de las especialidades del ejército, los equipos quirúrgicos quedaron encuadrados dentro de los hospitales militares en doce centros quirúrgicos.⁸⁹

En 1927 volvieron a sufrir otra remodelación. Se organizaron cinco equipos, de los cuales dos estaban en la zona de Melilla y los otros tres en Ceuta, Tetuán y Larache.

Estos equipos quirúrgicos se crearon para ser empleados en los puntos designados por el general en jefe, debiéndoles prestar los medios de trans-

⁸⁴ La organización de la asistencia de los heridos de África estaba a cargo de un cirujano consultor, organizando los servicios de cirugía en los hospitales de campaña, clínicas y hospitales, creando dieciocho equipos con un cirujano, un ayudante de manos, un anestesista y dos enfermeras. R.O.C. de 5-IX-1921, C.L. 408, y *Revista de Sanidad Militar*, 11, 1921, pp. 553-554.

⁸⁵ El personal médico y auxiliar de estos equipos era el destinado en los propios hospitales de radicación. R.O.C. de 23-IX-1921, C.L. 454.

⁸⁶ R.O.,s de 5 y 22-X-1921, Diarios Oficiales del 6 y 23 de octubre. Estas instrucciones desarrollaban el empleo de la tarjeta diagnóstico; instrucciones del sobre sanitario de evacuación y de los jefes de equipo; museo de traumatología; hospitales de África que tenían la consideración de hospitales mixtos de evacuación y tratamiento; método general de tratamiento; hemostasia; primeros auxilios a los fracturados; heridos del aparato de la visión y orden que se debe seguir en el campo para la evacuación de heridos. MARTÍN SIERRA, F.: «Hospital Quirúrgico de Montaña ‘Gómez Ulla’», en *Medicina Militar*, 56 (2), 2000, pp. 117-121. En 1922 se creó una unidad sanitaria provisional denominada Hospital Quirúrgico de Montaña debido a la experiencia de Mariano Gómez Ulla.

⁸⁷ R.O. de 7-VII-1923, C.L. 308. En 1923 se creó el cuarto equipo quirúrgico en Melilla ... “para que los servicios de cirugía se hallen en todo momento debidamente atendidos en la plaza y territorio de Melilla...”.

⁸⁸ R.O.C. de 5-X-1922, C.L. 398. Debido a ciertas circunstancias extraordinarias.

⁸⁹ Real Decreto (en lo sucesivo R.D.) 28-IV-1923, C.L. 194.

porte rápido que necesitasen y corriendo la dotación y funcionamiento técnico a cargo de la sección de sanidad del ministerio.⁹⁰

La plantilla quedó fijada en un jefe médico, capitán o comandante, un ayudante de manos, capitán o teniente más moderno que el jefe, un practicante militar, un sanitario y dos hermanas de la caridad. El personal auxiliar debía ser de los destinados en África. Para no producir aumento de plantilla se suprimió el mismo número de vacantes en África.

Higiene y Medicina Preventiva

En primer lugar, y dada la repercusión de las enfermedades infecto-contagiosas, se dotó a los médicos de los medios oportunos para poder efectuar un diagnóstico en campaña de modo rápido, en cualquier lugar y sin grandes preparativos. En 1920 se hizo reglamentaria la cartera con la que cualquier médico podía hacer el ... “*suero-diagnóstico de la fiebre tifoidea, paratifus, fiebre de malta, tifus exantemático, etc...*”.⁹¹

Higiene

A primeros de septiembre de 1921 se creó una comisión con el nombre de Servicios de Higiene en la Zona Oriental del Protectorado, cuya dirección recayó en un comandante médico del instituto de higiene militar, encargándose de velar por la conservación de la salud del soldado ... “*dadas las circunstancias que concurren en Melilla...*”, y que debía acudir a cualquier lugar en el que hubiese deficiencias higiénicas, quedando afecto a la misma el laboratorio de análisis del instituto de higiene militar de Melilla.⁹²

La última medida importante tomada en 1921, en lo concerniente a medicina preventiva, fue referente a la lucha antipalúdica, creando un servicio antipalúdico en Ceuta-Tetuán y Larache,⁹³ y en 1923 se publicaron normas y deberes para las unidades del servicio de higiene en el protectorado.⁹⁴

⁹⁰ R.O.C. de 15-I-1927, C.L. 17.

⁹¹ De la mencionada cartera era autor el teniente coronel del cuerpo de inválidos don Jerónimo Durán de Cottés y se incluyó en el petitorio formulario de las farmacias y hospitales militares por R.O.C. de 24-V-1920, C.L. 253.

⁹² R.O.C. de 2-IX-1921, C.L. 399, y R.O.C. de 29-IX-1921, C.L. 474.

⁹³ R.O.C. de 28-X-1921, C.L. 530.

⁹⁴ R.O.C. de 10-III-1923, C.L. 90. Verificar análisis químicos, higiénicos o médico-legales; atender los servicios de desinfección; dirección de remoción de tierras, deseca-

Vacunación

La vacuna antitífica se administraba con carácter voluntario desde 1913 y obligatoriamente a todos los reclutas de África desde 1915,⁹⁵ siendo sustituida la vacuna simple por la triple el 9 de noviembre de 1920, utilizando la vacuna T.A.B. nº 2 de Vincent. La vacuna antivariólica, dispuesta para el ejército por primera vez el 21 de mayo de 1855, pasó a ser responsabilidad del cuerpo de Sanidad Militar por R.O. de 26 de diciembre de 1890, y la antirrábica autorizada con carácter voluntario por R.O. de 3 de agosto de 1890, aunque desde 1917 se estableció su aplicación tanto para militares como para familiares que la necesitasen.⁹⁶ En 1927 se dispuso que la vacunación y revacunación antivariólica de las tropas indígenas y demás del ejército de África fuera obligatoria y gratuita.⁹⁷

Farmacia y dotación de medicamentos

Con objeto de mejorar la distribución de los medicamentos de los que se dotaba a los cuerpos, se reestructuró el servicio de Farmacia ampliando la R.O.C. de 30 de julio de 1919. Se ordenó el aumento de los medicamentos de dotación de las bolsas de socorro, mochilas de curación y botiquines de batallón, por dar la consideración de enfermerías a las posiciones de África. El suministro de medicación se debía efectuar por trimestres naturales, en un intento de paliar los problemas de reposición de medicamentos a las posiciones más alejadas.⁹⁸

En octubre de 1920, se aprobó el Reglamento para el Régimen Interno de las Farmacias de los Hospitales Militares y del Servicio Especial, relativo a la venta de medicamentos, para aplicación tanto en las nuevas farmacias como en las ya existentes que se tuviesen que trasladar.⁹⁹

miento de terrenos, petrolización e inhumación de restos; inspección y depuración de aguas; vigilar servicios de higiene en cuarteles y campamentos; estudio de salubridad de zonas y campamentos a ocupar; intervenir en todo lo relacionado con la salud, alimentación y género de vida del soldado; organizar columnas móviles de saneamiento.

⁹⁵ R.O.C. de 7-IV-1915.

⁹⁶ NIETO, F; GARCÍA, M.: *El Servicio de Sanidad Militar en tiempo de paz (Bases legislativas)*. Ediciones Ares, Madrid, 1947, pp. 182-189.

⁹⁷ R.O.C. de 11-IV-1927, C.L. 185. No la debían sufragar las unidades sino que se les daba sin cargo alguno.

⁹⁸ R.O.C. de 15-III-1921, C.L. 105.

⁹⁹ R.O.C. de 6-X-1920, C.L. 247.

Por otra parte, en enero de 1922, se crearon los depósitos de medicamentos en las comandancias generales de Melilla, Ceuta y Larache, con el objeto de suministrar con más rapidez la medicación y el material de cura a farmacias, hospitales, barcos hospital y unidades sanitarias de campaña.¹⁰⁰ El nomenclátor de material sanitario utilizado en estas campañas fue el de 1920, modificado en 1925.¹⁰¹

Según un artículo publicado en *La Correspondencia Militar* y reproducido en *Revista de Sanidad Militar*, merecían verdadera gratitud de la patria el general Weyler y el ministro La Cierva por la organización rápida de los servicios de sanidad en África, ... “*en armonía con las enseñanzas sanitarias de la gran guerra europea...*”.¹⁰²

ACTUACIÓN DE LA SANIDAD MILITAR EN LA ÚLTIMA FASE DE LA GUERRA 1922-1927

Personal de Sanidad

La reorganización de las tropas en la comandancia general de Melilla en 1922 afectó también a la sanidad militar. El general Burguete creó nueve brigadas, seis de intervención inmediata y el resto para enlace y guarnición de los destacamentos y posiciones. Por lo que respecta a la sanidad militar, la asistencia sanitaria en el escalón básico seguía estando en manos de médicos de cuerpo. Las nuevas brigadas creadas sanitariamente contaban:

¹⁰⁰ R.O.C. de 5-I-1922, C.L. 4, y R.O.C. de 12-V-1922, C.L. 166, dando reglas para la organización y funcionamiento de los depósitos de medicamentos de las comandancias generales de Melilla, Ceuta y Larache. Sus pedidos trimestrales y adicionales precisos los realizarían al laboratorio de medicamentos de Málaga. Para las posibles eventualidades de la campaña se les dotó del material preciso para la instalación de una farmacia y los gastos de instalación así como su dependencia era del laboratorio de medicamentos de Málaga.

¹⁰¹ R.O.C. de 8-I-1920, C.L. 4, y R.O.C. de 30-XII-1925, C.L. 452.

¹⁰² Ya que se habían organizado los barcos y trenes hospitales, equipos quirúrgicos, de higiene, profilácticos y odontológicos, hospitales de evacuación, practicantes profesionales, formaciones sanitarias “ambulancia”, adquisición de material sanitario, dignificación de los médicos auxiliares de complemento, la alta inspección sanitaria como asesor, a cargo de un inspector de sanidad militar, reorganización de las especialidades médicas, ampliación de plazas de enfermeras profesionales del ejército, fomento de la industria químico-farmacéutica de los laboratorios militares y pendiente de resolución la organización del cuerpo de Sanidad Militar y el cuerpo de practicantes de farmacia, labor sanitaria del estado mayor central del ejército. *Revista de Sanidad Militar*, 11, 1921, pp. 580-581.

- La 1ª brigada con una sección de sanidad militar de montaña.
- La 5ª brigada con la ambulancia de la 5ª comandancia de sanidad militar.
- La 6ª brigada llevaba una ambulancia de la 4ª comandancia de sanidad militar y una sección del hospital de campaña.
- La 7ª brigada tenía el apoyo de una ambulancia de sanidad militar y una sección del hospital de campaña.
- La 8ª brigada llevaba una compañía expedicionaria de sanidad militar de la 3ª comandancia, una ambulancia de campaña y una sección de hospitales.
- La 9ª brigada disponía de una columna de evacuación, secciones de ambulancia y hospitales de montaña de sanidad militar.¹⁰³

Durante esta nueva fase de la campaña, el mayor despliegue que hizo Sanidad Militar fue el organizado para el desembarco en Alhucemas. Cada una de las columnas –Fernández Pérez y Saro– contó para su asistencia sanitaria con una ambulancia de montaña de treinta y seis artolas en total, un hospital de campaña con trescientas camas, una sección del servicio de higiene, cien hombres de la compañía de mar para auxilio en el desembarco y cien camilleros. El transporte del material se hizo en varios buques mercantes, como por ejemplo el “Escolano” que transportó las ambulancias de montaña, una sección de higiene, otra de camilleros y el personal del hospital móvil. En la 1ª flotilla, el “Alhambra” embarcó el hospital de campaña y el servicio de higiene, y en cada uno de los cuatro vapores que componían la flotilla iban una sección de camilleros y dos o tres dotaciones de urgencia; en la 2ª flotilla, el “Sagunto” transportó el hospital de campaña, la ambulancia de montaña, la sección de higiene, aparte de la sección de camilleros, como cada uno de los otros seis barcos de la flotilla, y en el “Romeu” una ambulancia de montaña y tres dotaciones de urgencia.¹⁰⁴ Como barcos hospital se utilizaron el “Villareal”, el “Barceló” y el “Andalucía”.¹⁰⁵ La evacuación de los heridos en estos combates se hizo sobre la península, distribuyéndolos, en combinación con los trenes hospital, por los diferentes hospitales militares. Las instrucciones generales para el servicio sanitario contemplaban los siguientes puntos:

¹⁰³ Historia de las Campañas de Marruecos. 1981, t. III, pp. 557, n. 7.

¹⁰⁴ Historia de las campañas de Marruecos. 1981, t. IV, pp. 39-41 y 47-49.

¹⁰⁵ *Ibidem*, t. IV, p. 55. Perteneían a la compañía Transmediterránea, dispusieron de cincuenta y seis literas de primera clase para enfermos y heridos, cinco camarotes de primera para oficiales, veintiséis de segunda para sanitarios y doscientos treinta y dos de tercera, afectándose un vapor por flotilla y el “Andalucía” de reserva en Málaga, a donde evacuaron los pacientes, lo mismo que a Algeciras.

- Que los cuerpos debían llevar al completo el material individual y el colectivo, debiendo poder reponerlo el parque de sanidad de cada columna.
- Los hospitales, con trescientas camas y un quirófano de montaña, debían ir al completo de personal, material de curas y víveres para poder trabajar quince días al completo de pacientes.
- El hospital de campaña de cada columna llevaría un equipo quirúrgico, procedentes uno de Ceuta y otro de Melilla. Los equipos de los barcos hospital y del hospital de Alhucemas procederían de la península.
- Los barcos hospital evacuarían sobre Ceuta, Melilla, Almería, o Málaga, preferentemente de noche, pudiendo utilizarse en caso necesario cualquier otro barco para evacuar enfermos o heridos leves. Como ambulancias navales se utilizarían dos barcasas requisadas y las gasolineras, con personal de la Armada y material correspondiente a cada territorio.
- Como hospitales permanentes se prepararían dos al completo en Melilla, los de Málaga, Almería y parte del de Madrid. Los legionarios e indígenas heridos serían evacuados a su territorio correspondiente, nunca a la península.
- El personal que desembarcase primero, tanto de las ambulancias como de los hospitales de campaña, debía actuar como camilleros hasta recibir su material específico, mientras que los camilleros de las unidades, al mando del médico, evacuarían a los heridos a retaguardia.
- Los servicios de higiene, al mando del comandante médico jefe del laboratorio, se dedicarían inicialmente a la potabilización de aguas, preparar letrinas y enterrar cadáveres. Posteriormente realizarían la desparasitación.
- Por último, se tendría previsto poder utilizar los dos hidroaviones Dornier para evacuar pacientes en caso necesario.

El criterio impuesto en los planteamientos previos fue el de la evacuación rápida para optimizar el rendimiento del servicio sanitario, evitando la acumulación de heridos en los puestos de socorro e imprimiendo rapidez a los camilleros.

En las cabeceras de las Ambulancias, la celeridad en la revisión de las curas, la clasificación y la evacuación al hospital de campaña también eran vitales para evitar el colapso sanitario. Por otra parte, el director del hospital de campaña era quien seleccionaría a los enfermos o heridos que debían pasar al barco hospital, llevando un registro minucioso de los ingresos y

lugar de evacuación, así como un control exhaustivo de camas libres, existencias de víveres y demás artículos necesarios para el funcionamiento, debiendo remitir diariamente a las diecinueve horas un parte al Estado Mayor.¹⁰⁶

Para conocer las órdenes de actuación referentes a Sanidad Militar durante el desembarco es preciso revisar la ponencia redactada por el general Gómez Jordana el 30 de abril de 1925, en la cual se indicaba la necesidad de establecer en cada sector, en la base que se hiciese en la playa, un hospital de cien camas y la posibilidad de evacuar por medio de los barcos hospital.

El orden con que comenzaría a actuar Sanidad era el siguiente: con el primer escalón se trasladaría a tierra el personal preciso para establecer un puesto de curación de urgencia y evacuación; con el segundo escalón, en cuanto fuese posible, desembarcarían los elementos de evacuación de los cuerpos y los de las ambulancias de montaña; con el tercer escalón lo haría el material de los Hospitales de Campaña.¹⁰⁷ Es decir, que en el momento más peligroso, con las primeras oleadas de desembarco, también llegaron los médicos, sanitarios y camilleros de cuerpo para comenzar su trabajo.

El 8 de septiembre de 1925 se produjo el desembarco, alcanzándose los objetivos previstos, y el día 12 ya se efectuó la primera evacuación de heridos vía marítima. Los hospitales trabajaron a pleno rendimiento, a pesar de que estaban muy próximos a la línea de fuego, e incluso uno de ellos fue bombardeado el 20 de septiembre.¹⁰⁸

Puede decirse que este despliegue sanitario, tan completo y teóricamente tan bien coordinado, estaba mucho más en la línea de las experiencias obtenidas por los ejércitos combatientes en la guerra europea, en la que primó la evacuación de los heridos y el acercamiento al frente de los equipos quirúrgicos, formaciones sanitarias más indicadas para prestar un verdadero servicio, poniendo a los heridos en las mejores condiciones de evacuación en profundidad.

Para concluir este apartado, decir que en esta nueva etapa de la guerra, con la recuperación del territorio perdido en 1921 y la pacificación del Riff, también se contabilizaron bajas en el cuerpo de Sanidad, aunque en número muy inferior al de la retirada de Annual. Desde el otoño de 1921 hasta

¹⁰⁶ *Historia de las Campañas de Marruecos*. 1981, t. IV, pp. 212-213 y 222-223.

¹⁰⁷ *Ibidem*, p. 187.

¹⁰⁸ MASSONS, J. M^a.: 1994, t. II, p. 310.

finalizar la campaña fallecieron, como mínimo, cinco oficiales médicos en acto de servicio.

LEGISLACION MÁS RELEVANTE CONCERNIENTE A SANIDAD MILITAR PUBLICADA ENTRE 1923 Y 1927

Plantillas del Cuerpo de Sanidad Militar

Posiblemente, el Real Decreto de más trascendencia para Sanidad Militar fue el publicado en el año 1923, que organizaba los servicios de especialidades médicas tanto en los hospitales militares como en los cuerpos armados. Entre otras cosas, se creaban doce centros quirúrgicos en los hospitales militares, indicando los filiales que tenía que atender. Cada cirujano de estos equipos quirúrgicos debía disponer de un sanitario practicante y dos enfermeras tituladas, laicas o monjas.

También contemplaba cómo debía de organizarse el servicio en caso de guerra y la forma de cubrir los equipos quirúrgicos en caso de tener que trabajar fuera de los hospitales. En el mismo decreto se daban normas para el funcionamiento y estudio de las diferentes especialidades médicas en el ejército, número de alumnos que debían concurrir anualmente para el aprendizaje de éstas y, por último, reorganizaba totalmente toda la plantilla del Cuerpo de Sanidad, sección Medicina, suprimiendo y creando nuevas plazas y separando de los destinos *sedentarios* y *burocráticos* a todos los oficiales médicos, excepto los de las academias por su doble carácter de centros de enseñanza y cuerpos armados, en un intento de mejorar el servicio.¹⁰⁹

La siguiente reestructuración que afectó al cuerpo de Sanidad Militar fue la de 1925, en la que el Directorio Militar reorganizó la guarnición permanente del ejército de España en África. En su plantilla permanente, y sin contar las unidades, la Sanidad Militar, sección Medicina, quedó de la siguiente manera:

¹⁰⁹ R.D. de 28-IV-1923, C.L. 194. Las especialidades médicas eran: cirugía, oftalmología, dermo-venérea, otorrinolaringología, neuropsiquiatría, radiología y electrología, higiene militar y odontología. La nueva plantilla contaba con tres Inspectores de 1ª, siete Inspectores de 2ª, veinticuatro coroneles, ochenta tenientes coroneles, ciento setenta comandantes, trescientos siete capitanes y cuarenta y un tenientes, que sumaban seiscientos treinta y dos médicos militares.

TABLA 1

JEFES, OFICIALES Y ASIMILADOS DE LAS COMANDANCIAS
 GENERALES DE CEUTA-TETUÁN, ZONA DE LARACHE
 Y MELILLA¹¹⁰

Comandancias	Tcol.	Cte.	Cap.	Tte.	Alf.	Total
Cuartel General	-	1	1	-	-	2
Ceuta-Tetuán	2	11	7	8	-	28
Zona de Larache	-	5	5	7	1	18
Melilla	2	11	10	14	1	37
Total	4	28	23	29	2	85

TABLA 2

JEFES, OFICIALES Y TROPA DE LAS COMANDANCIAS
 DE SANIDAD MILITAR DE CEUTA-TETUÁN, ZONA DE LARACHE
 Y MELILLA¹¹¹

Comandancias	Escala Activa					Escala de Reserva			Total	Tropa
	Col.	Tcol.	Cte.	Cap.	Tte.	Cap.	Tte.	Alf.		
Ceuta-Tetuán	1	-	1	3	5	1	1	2	14	821
Zona de Larache	-	1	-	2	5	-	2	1	11	560
Melilla	1	-	1	3	5	1	1	2	14	871
Total	2	1	2	8	15	2	4	5	39	2.252

(Sin contabilizar a los médicos de las unidades, los oficiales de Sanidad de la escala activa, escala de complemento y escala de reserva en África sumaban un total de 124).

¹¹⁰ Los destinos eran en los servicios hospitalarios, laboratorios, parques de sanidad, necesidades y contingencias y asistencia al personal de las comandancias. R.O.C. de 21-VII-1925, C.L. 222.

¹¹¹ R.O.C. de 21-VII-1925, C.L. 222. Los destinos eran los de planas mayores, compañías de plaza, de montaña, rodada, sección de hospital móvil "Gómez Ulla", sección de higiene. En la tropa se incluyen suboficiales, sargentos, cabos, trompetas, conductores y practicantes.

Tropas de Sanidad

Desde 1895 existía la brigada sanitaria con unidades de a pie para hospitales y montadas para ambulancias. Al mando de estos soldados había oficiales médicos. En 1923 fue suprimida la mencionada brigada, que desde 1915 se venía denominando brigada de tropas de Sanidad Militar. Al constituirse las divisiones orgánicas en 1918, se estableció en las regiones militares unas comandancias regionales de Sanidad Militar que, en 1924, adquirieron el rango de regimientos.¹¹²

En 1921 existían en África las compañías mixtas de Sanidad de Ceuta, Melilla, Tetuán y Larache,¹¹³ al mando de un capitán médico. En 1927 se reorganizaron los servicios y tropas del cuerpo de Sanidad Militar, desapareciendo los siete regimientos de Sanidad Militar creados en 1924. Las tropas activas de sanidad se integraron en tres comandancias:

- La 1ª con su Plana Mayor en Madrid y con dos grupos, Madrid y Sevilla.
- La 2ª en Barcelona con tres grupos, Valencia, Barcelona y Zaragoza.
- La 3ª en Burgos con tres grupos, Burgos, Valladolid y Coruña.

Cada grupo se componía de una Plana Mayor y tres compañías, la 1ª “de plaza”, la 2ª “mixta” y la 3ª “de depósito y reserva”; en Baleares y Canarias las tropas de sanidad se organizaron en cuatro secciones: Mallorca, Menorca, Tenerife y Gran Canaria.

En esta misma reorganización se suprimieron los hospitales militares de Figueras, Bilbao y Santoña y los laboratorios farmacéuticos de Badalona y Málaga, subsistiendo el Laboratorio Central, y el Parque Central de Sanidad dejó de actuar como centro fabril, quedando para estudio, ensayo, recepción, clasificación y aparcamiento del material. También se ordenó que la Inspección de los Servicios Farmacéuticos radicase en el ministerio de la Guerra.¹¹⁴

¹¹² PÉREZ-LUCAS IZQUIERDO, C.: «La Sanidad Militar en el primer tercio del siglo XX», en *Revista de Historia Militar*, 30, p. 121; NIETO COSANO, F. y GARCÍA DE LA GRANA, M.: 1947, pp. 29-30.

¹¹³ R.O.C. de 24-III-1920, C.L. 140. La compañía de Sanidad de Larache tenía una plana mayor, una sección de plaza, una sección montada y tres secciones de montaña, con un capitán médico, cuatro tenientes médicos, un veterinario 1º, cuatro contratados, dos suboficiales, doscientos ochenta y ocho de tropa y ciento treinta y cuatro caballerías.

¹¹⁴ R.D. de 24-I-1927, C.L. 36. La plantilla de tropas de Sanidad Militar de las tres comandancias era de tres coroneles, tres tenientes coroneles, once comandantes, once

El Cuerpo de Sanidad en África sufrió una reorganización, quedando de la forma que expresan las siguientes tablas:

TABLA 3

JEFES, OFICIALES Y ASIMILADOS DE LA ADMINISTRACIÓN REGIONAL EN AFRICA¹¹⁵

Circunscripción	Col.	Tcol.	Cte.	Cap.	Tte.	Alf.	Total
Inspección y C.G.	1	-	1	2	1	-	5
Melilla	-	1	7	3	6	-	17
Riff	-	1	3	3	6	1	14
Larache	-	1	4	4	8	-	17
Ceuta-Tetuán	-	2	9	8	10	-	29
Total	1	5	24	20	31	1	82

TABLA 4

JEFES, OFICIALES, ASIMILADOS Y TROPA DE LAS CIRCUNSCRIPCIONES DE SANIDAD MILITAR DE MELILLA-RIFF, Y DE CEUTA-TETUÁN-LARACHE¹¹⁶

Comandancias	Escala Activa					Escala de Reserva			Total	Tropa
	Col.	Tcol.	Cte.	Cap.	Tte.	Cap.	Tte.	Alf.		
Ceuta	-	-	1	4	9	2	3	2	21	1175
Melilla	-	-	1	3	7	2	2	1	16	846
Total	-	-	2	7	16	4	5	3	37	2.021

capitanes, veintidós capitanes escala de reserva (en lo sucesivo E.R.), veinticinco tenientes, ocho tenientes E.R., once alféreces E.R., ocho veterinarios segundos y dos mil cuarenta y seis soldados. La plantilla del servicio regional de sanidad se componía de doce coroneles, cincuenta y dos tenientes coroneles, cien comandantes, catorce capitanes, ocho capitanes E.R., diez tenientes y veinticinco tenientes E.R.

¹¹⁵ R.O.C. de 28-XII-1927, C.L. 553.

¹¹⁶ R.O.C. de 28-XII-1927, C.L. 553.

A estos destinos hay que añadir los médicos destinados en los cuerpos que sumaban en total ochenta y dos médicos, un jefe, cuarenta y nueve capitanes y treinta y dos tenientes, que sumados a los anteriores nos dan la cifra de doscientos un oficiales de Sanidad destinados en África tras la reorganización de 1927.¹¹⁷

Asistencia facultativa y pericial

En lo referente a la asistencia sanitaria, hay que destacar las nuevas medidas adoptadas para el tratamiento de las dolencias venéreas y sifilíticas que tanto problema habían creado en el ejército de África. Se consideró que estos enfermos no precisaban como se venía haciendo hospitalización permanente, lo que originaba un número de estancias y un dispendio económico grave, por lo que se ordenó que, en lo sucesivo, debían ser tratados de forma ambulatoria, marcándoseles un calendario para realizar las curas en el hospital, siendo los médicos de cuerpo los encargados de hacer cumplir rigurosamente la pauta terapéutica instaurada y corriendo el gasto del tratamiento a cargo del hospital correspondiente. Estos pacientes podían seguir prestando servicios ... *“a fin de evitar la ociosidad, tan perjudicial para su curación...”*. En el momento de su licenciamiento se les daba una cartilla con un extracto de su hoja clínica y tratamiento aplicado para que sirviese de base para el futuro.¹¹⁸

Los heridos de guerra que precisaban para su curación más de seis meses de hospitalización deberían ser tratados por los hospitales militares hasta su curación, determinada ésta por los jefes de clínica de acuerdo con los directores.¹¹⁹ En el caso de ser jefes y oficiales los heridos, enfermos o convalecientes de la campaña de África, se autorizó a que se trasladasen a hospitales militares de la península o a sus domicilios para continuar su tra-

¹¹⁷ La plantilla de sanidad de 1928 era de mil ciento cuarenta y cuatro mandos: ochocientos doce de la escala activa, doscientos veintinueve de la escala de complemento y ciento tres de la escala de reserva retribuida. En África estaban destinados doscientos treinta y tres hombres de sanidad, de los cuales doscientos quince eran médicos de la escala activa, lo que supone un veintiséis con cuatro por ciento. *Anuario Militar de España de 1928*.

¹¹⁸ R.O.C. de 8-VIII-1923, C.L. 353.

¹¹⁹ Según el artículo 106 del Reglamento de Revistas, no permitía el ingreso en hospitales militares de soldados por tiempo superior a seis meses; por R.O.C. de 26-VIII-1924, C.L. 387, a los heridos de guerra o en acto de servicio no se les aplicarían las normas vigentes y serían asistidos ... *“hasta el completo término del curso de su dolencia...”*.

tamiento por cuenta del estado.¹²⁰ Estas órdenes se completaron con otra de 1927 por la cual, a los soldados licenciados o inútiles por heridas de guerra o en acto de servicio, se les concedía el derecho a ingresar en los hospitales militares por recaídas de sus dolencias o precisar tratamiento especial sólo administrable en los mencionados centros. Estos pacientes, previa instancia al capitán general correspondiente, eran revisados por un tribunal médico militar que certificaba sobre las lesiones, necesidad del nuevo tratamiento y días aproximados de ingreso, siendo remitida toda la documentación al ministerio para su resolución.¹²¹

Clasificación de los reclutas

Los cuadros de inutilidades del ejército utilizados para el reclutamiento y reemplazo tenían su origen en la ley de 1911 que estableció el servicio militar obligatorio. El primero fue el de 1912, que sirvió para los reemplazos de 1912 a 1924. El siguiente fue el de 1924, que debía haber servido de 1925 a 1935, pero se puso en evidencia la necesidad de revisar su redacción, ya que, finalmente, hubo conciencia de que muchos de los mozos movilizadas no tenían ni las condiciones físicas ni el desarrollo conveniente para prestar el servicio militar, y menos en África. Según la nueva redacción quedaron excluidos los mozos enfermos de tuberculosis incipiente, con afecciones de la vista, agudeza visual y oídos o tartamudeo agudo. Se aclararon conceptos como el de pie “Valgus” o la falta de algún dedo en manos y pies, ya que la redacción de 1924 creaba dudas de interpretación. El consejo de ministros, a propuesta del de la Guerra, decretó la revisión de varios de los apartados del cuadro de exclusiones de 1924¹²² haciendo más razonable e idónea la clasificación de mozos aptos para el servicio militar.

¹²⁰ R.O.C. de 25-IX-1924, C.L. 415. Por esta disposición se hacía extensiva a los jefes y oficiales ... “*afectos o en convalecencia de enfermedad, no producidas por traumatismos de hierro, pero originadas en los territorios de Marruecos...*”.

¹²¹ R.O.C. de 13-VI-1927, C.L. n° 262.

¹²² R.D. de 5-VII-1927, C.L. 286. En el grupo primero, enfermedades excluyentes del servicio, se modificaron las letras A, de enfermedades generales; E, enfermedades de los aparatos respiratorio y circulatorio; F, del aparato locomotor; G, de la visión. En el grupo segundo, enfermedades con aplazamiento o exclusión temporal, se revisaron las letras A, enfermedades generales; D, del aparato digestivo; H, de la audición; y en el grupo tercero, enfermedades compatibles con el servicio, se revisaron las letras F, enfermedades del aparato locomotor; G, de la visión.

Hospitales militares de África

La consideración de los hospitales militares de África según su categoría, en 1923, era la siguiente:

- Primer Grupo: Ceuta, Larache y Melilla.
- Segundo Grupo: Tetuán.
- Tercer Grupo: Alcazarquivir, Arcila, Alhucemas, Chafarinas, Nador, Peñón, Xauen y Zeluán.¹²³

Por su parte, la situación de los hospitales militares en el año 1924 debía ser crítica, ya que se publicó una Real Orden que, justificando la insuficiencia de las clínicas de los hospitales militares para la asistencia de oficiales y familiares, obligaba a poner un límite a estos ingresos. En lo sucesivo sólo podrían ingresar las esposas, hijos, abuelos y padres no políticos dependientes del militar, así como los huérfanos.¹²⁴

Logística Sanitaria

El Reglamento del Servicio Sanitario en Campaña de 1896 se había quedado obsoleto tras la gran guerra europea, a pesar de lo cual sólo fue revisado y parcialmente renovado en 1925.

Las experiencias asistenciales extraídas de la guerra europea se pueden resumir en:

- Cualquier herido de guerra debía ser tratado lo más rápidamente posible por un cirujano de guerra para poder aplicarle los métodos y técnicas de la cirugía moderna.
- El mismo cirujano que interviniera a un paciente debía encargarse del postoperatorio.
- Los enfermos graves no debían ser evacuados, mientras que los enfermos contagiosos debían considerarse no evacuables fuera de la zona del ejército.

¹²³ R.O.C. de 5-II-1923, C.L. 2. Nomenclátor del material que deben tener las farmacias de los hospitales militares.

¹²⁴ R.O.C. de 5-VIII-1924, C.L. 355.

- En lo concerniente a evacuación, aparte de la necesaria rapidez del transporte, cualquier evacuación fuera de la zona del ejército debía ser indicada por un cirujano, debiendo estar el herido en todo momento bajo vigilancia sanitaria en las diferentes etapas.
- La gran importancia de la clasificación de los heridos para fijar con precisión la formación sanitaria que debía tratarlo.

Con estas premisas se publicó el *Reglamento para el Empleo Táctico de las Grandes Unidades* y el *Reglamento de los Servicios de Retaguardia*,¹²⁵ en los que se introdujeron estos nuevos criterios que influyeron en la planificación sanitaria de las operaciones posteriores y, sobre todo, del desembarco en Alhucemas.

Servicios de Higiene

Los Servicios de Higiene del ejército fueron reorganizados en 1924. Se creó una Inspección Técnica y una Jefatura de Servicios de Higiene, cuyas misiones eran dirigir los servicios higiénicos del ejército, lo mismo que los de desinfección, proponiendo las medidas sanitarias y profilácticas precisas en cada momento. Esta jefatura también asumió la dirección del Instituto de Higiene, controlando los medios curativos y profilácticos elaborados por éste, centralizó las estadísticas sanitarias del ejército y, por último, organizó la enseñanza de la especialización higiénica.¹²⁶ Por una Real Orden, el material sanitario y de desinfección de los servicios de higiene de Ceuta, Melilla y Larache pasó a depender de las comandancias de tropas de Sanidad Militar y el correspondiente a los laboratorios quedó a cargo de los hospitales militares.¹²⁷

CONCLUSIONES

En las campañas de África, el cuerpo de Sanidad Militar se adecuó, en la medida de lo posible, al desmesurado despliegue táctico, de forma que

¹²⁵ R.O.C. de 3-XII-1924, D.O. 275, ratificados por R.O. de 10-IX-1925, C.L. 302, y R.O. de 23-XI-1925, C.L. 385.

¹²⁶ NIETO COSANO y GARCÍA DE LA GRANA: 1947, pp. 170-171.

¹²⁷ R.O.C. de 4-VIII-1925, C.L. 252.

Sanidad Militar prestó asistencia en diferentes escalones, desde los blocaos de la línea de contacto a la retaguardia.

Las míseras condiciones de trabajo de los médicos militares estaban en consonancia con el lamentable estado general del propio ejército de África, influyendo en su falta de eficacia los obsoletos reglamentos de sanidad en campaña, no renovados tras la guerra europea.

Sobre la actuación de los médicos en Marruecos hay que decir que se desarrolló dentro de una relativa normalidad hasta el verano de 1921, en que se desmoronó el frente y con él todo el despliegue sanitario. Murieron varios oficiales médicos en la campaña; se puede afirmar que en la retirada de 1921 murieron dieciocho de ellos, y en toda la campaña un total de veintitrés, además de un número indeterminado de practicantes, sanitarios y soldados de sanidad.

También hay que decir que las plantillas reales no suelen coincidir con las expresadas en los reglamentos. La plantilla de Sanidad, sección Medicina, siempre fue escasa. En 1900 había en el escalafón seiscientos treinta y tres médicos, de los cuales sólo veinticinco (el tres con nueve por ciento) estaban destinados en África.

Con la reactivación de las campañas en 1919, la proporción aumentó y, en 1921, de un total de setecientos noventa y tres médicos militares de la escala activa, había destinados en África doscientos tres (el veinticinco y medio por ciento), de los cuales ochenta y uno lo estaban a su vez en la comandancia de Melilla (el cuarenta y medio por ciento de los médicos destinados en Marruecos). Esta proporción no varió sustancialmente tras la reorganización de 1927, ya que, en 1928, de ochocientos doce oficiales de la escala activa permanecían en África doscientos quince médicos (el veintiseis con cuatro por ciento).

Los treinta y dos médicos de cuerpo destinados en 1921 en las unidades de Melilla se encargaban de la asistencia primaria de los veinticinco mil soldados que guarnecían la comandancia, es decir, un médico por cada setecientos ochenta y un soldados, proporción que se puede considerar razonable ya que cada médico general debía asistir a una unidad tipo batallón; pero el despliegue con infinitas posiciones hacía totalmente imposible al facultativo asistir personalmente a sus soldados. Por esa razón debían delegar en soldados practicantes y sanitarios asignados a los blocaos con perjuicio grave de la calidad asistencial.

La asistencia sanitaria militar se hizo extensible a la población civil en general, ya que políticamente interesó que los indígenas se beneficiaran de la medicina occidental en un intento por mejorar la imagen del protectorado, para lo cual se crearon, en 1919, vacantes de oficial médico en cada mía

de Policía Indígena, debiendo tener un consultorio médico indígena en la cabecera de cada mía.

Los informes evidencian la carencia de instalaciones hospitalarias adecuadas o la falta absoluta de condiciones para desempeñar su función. Sólo los hospitales de Ceuta y Melilla las reunían hasta cierto punto. El número de camas hospitalarias en Melilla era de unas dos mil, que según los cálculos de bajas más sombríos debían ser suficientes, pero ante el *desastre* de 1921 toda previsión quedó corta.

El ejército español tenía el porcentaje de bajas más elevado de todos los ejércitos coloniales europeos, siendo mayoritarias las enfermedades frente a los heridos en combate, si exceptuamos el verano de 1921, en que los muertos alcanzaron cifras inimaginables.

Responsables de esta situación eran la escasez crónica de medios sanitarios y las instalaciones sanitarias inadecuadas, agravada por el problema de las evacuaciones, unas condiciones higiénicas deplorables en blocaos y campamentos y las condiciones climáticas extremas de Marruecos que afectaban a los mozos movilizados, muchos de los cuales no reunían las mínimas condiciones físicas para prestar el servicio militar y menos en África.

De las patologías padecidas por los militares españoles habría que destacar por su importancia el paludismo y las venéreas. El tratamiento de los heridos de guerra hasta su curación fue asumido en 1924 por Sanidad Militar, incluso las recaídas posteriores una vez licenciados los soldados.

Los reglamentos de Sanidad se revisaron en 1925, adoptándose experiencias extraídas de la guerra europea en lo concerniente a la rapidez en el tratamiento quirúrgico, evacuación y clasificación de heridos.

En 1927 se modificó el cuadro de exclusiones para mejorar la clasificación del contingente movilizado.

En el Expediente Picasso fueron encausados tres médicos, el teniente D'Harcourt, el capitán Peris y el coronel Treviño. Salió a la luz la deficiente asistencia sanitaria de las posiciones, por carecer del personal sanitario adecuado y medios de evacuación efectivos. Se dieron a conocer las malas condiciones de los hospitales de campaña, como el de Annual o el de Dar Drius, denunciadas por los propios oficiales médicos. En medio de este cúmulo de despropósitos, lo único que estuvo a la altura de las circunstancias fue la valerosa y profesional actuación de los médicos militares.

Tras el *desastre* de Annual, en 1921, se recompuso la asistencia sanitaria de África, nombrando médicos, farmacéuticos y veterinarios auxiliares, de entre los soldados con la carrera, convocando plazas de practicantes profesionales e instalando urgentemente a las Hijas de la Caridad en los hospi-

tales militares de África, ya que su trabajo en situaciones críticas ha sido siempre insustituible.

En lo referente a la asistencia sanitaria en el tercer escalón, en la zona de Melilla se mejoró habilitando más de mil camas en los hospitales militares de la península, con especialidades como traumatología, oftalmología, maxilo-facial y otorrinolaringología, y disponiendo de trenes hospital para el traslado a los diferentes centros. Sin duda, la innovación de mayor trascendencia fue la creación de los equipos quirúrgicos con especialistas en cirugía de guerra, con la movilidad necesaria para acercar los quirófanos al frente, medida experimentada en la guerra europea con muy buenos resultados.

Por último, en 1923 se reorganizaron definitivamente los servicios de especialidades médicas en el ejército.

El ejército de África se tuvo que reorganizar tras el *desastre* y con él la Sanidad Militar. Las nuevas brigadas de intervención inmediata dispusieron de un mayor apoyo sanitario, con la Ambulancia y un hospital de campaña. Sin duda alguna, el despliegue de sanidad más completo y moderno de toda la campaña fue el realizado en Alhucemas, ya que la división de desembarco contó con una asistencia sanitaria similar a la de un cuerpo de ejército.

Por lo que respecta a la higiene, hay que destacar la creación de los servicios de higiene en la zona oriental del protectorado, intentando solventar las graves deficiencias higiénicas y sus consecuencias en la guarnición de la comandancia, además de su reorganización en 1924 con una dirección única para los servicios higiénicos, los de desinfección y el Instituto de Higiene.

En cuanto a Farmacia, para agilizar el suministro de medicamentos a las posiciones, primero se pasó a considerar a éstas como enfermerías, aumentando su dotación de medicamentos de forma que no dependían permanentemente de los convoyes de aprovisionamiento y, segundo, se crearon en 1922 depósitos de medicamentos en las tres comandancias africanas, facilitando la distribución de los mismos entre el dédalo de posiciones y campamentos existentes.

Como colofón, señalar que los oficiales de Sanidad que prestaron sus servicios en África en los años veinte adquirieron una experiencia inigualable en el terreno de la sanidad en campaña que desgraciadamente sólo se adquiere cuando se ha ejercido como médico en un conflicto bélico. La Sanidad Militar española, que no participó en la gran guerra de 1914-1918, tuvo que modernizarse rápidamente dado lo obsoleto de sus reglamentos, incluyendo pautas y normas de actuación que han perdurado, con discretas modificaciones, hasta el presente. Al integrarse actualmente en la OTAN y

al participar en el extranjero por mandato de ONU, la Sanidad Militar española se ha visto obligada, tras muchos años sin verdaderas innovaciones, a incorporar nuevas estructuras asistenciales más ágiles que mejorasen su eficacia y funcionamiento.



ANEXO 1

ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO SANITARIO EN LAS POSICIONES, Y VÍAS DE EVACUACIÓN EN EL TERRITORIO DE MELILLA EN 1921¹²⁸

Posición	Evacuación	a	Km.	Sanidad	Personal Sanitario
Afrau	marítima	Melilla	?	botiquín	1 Tte. ¹²⁹
Sidi Dris	marítima	Melilla	?	botiquín	1 Tte.
Cabo Aguas	marítima	Melilla	?	hospital	1 Tte.
Chafarinas	marítima	Melilla	?	hospital	1 Cap. 1 Tte.
Alhucemas	marítima	Melilla	?	hospital	1 Cap. 1 Tte.
El Peñón	marítima	Melilla	?	hospital	1 Cap. 1 Tte.
Zoko el Arbá	marítima	Melilla	20 millas	botiquín	1 Cap.
“ “	lomo	Nador*	25	consultorio ¹³⁰	1 Cap.
Zoko el Had	ambulancia	Melilla	7	consultorio	1 Cap.
Sammar	ambulancia	Melilla	28	consultorio	1 Tte.
Yazanem	ambulancia	Sammar	4	-	-
Ishafen	lomo	Sammar	9	-	-
“	ambulancia	Segangan*	16	-	-
Turia Hamed	?	Segangan*	?	-	-
Kadur	ambulancia	Segangan*	19	enfermería	1 Tte.
Segangan	ferrocarril	Melilla	?	-	-
Imarufen	?	Kadur	6	-	-
N. Texdra	?	Kadur	5	-	-
Zaio	?	Zeluán	26	consultorio	1 Tte.
Reyen	?	Zeluán	29	consultorio	1 Cap.
Zoko el Jemis	?	Zeluán	5	-	-
Zeluán	ferrocarril	Melilla	?	enfermería	1 Tte.
Monte Arruit	ferrocarril	Melilla	?	consultorio	1 Cap.
Afsó	?	Tistutín*	18	botiquín	1 Tte.
Zoko Telata	ambulancia	Tistutín*	30	botiquín	2 Méd.
Quebdani	?	Tistutín*	?	-	-
Batel	ambulancia	Tistutín*	2	centro evacuación	1 Tte.
Tistutín	ferrocarril	Melilla	?	hospital evacuación	1 Cap.
Arnet	?	Afsó	?	-	-
Arreyen	?	Zoco Telata	8	-	-
Tixera	?	Zoco Telata	9	-	-
Tesarut	?	Zoco Telata	14	-	-
Reyen de Guerrano	?	Zoco Telata	10	-	-
Mesaita	lomo	Batel-Tistut.	21	-	-
Tenia el Hamara	lomo	Batel-Tistut.	14	-	-
Sidi Yagud	lomo	Batel-Tistut.	9	-	-
Busada	lomo	Batel-Tistut.	9	-	-
Iframbuasa	lomo	Batel-Tistut.	10	-	-
Kandussi	?	Batel-Tistut.	?	enfermería	1 Tte. y otros
Tikermin	?	Kandussi	9	-	-

¹²⁸ GARCIA SIERRA, E.A.: «El servicio sanitario en el territorio de Melilla», en *Revista de Sanidad Militar*, 15, 1-VIII-1921.

¹²⁹ *Revista de Sanidad Militar*, 19, 1-X-1921, p. 490: El teniente médico Juan Bercial Esteban murió asistiendo a los heridos en la evacuación de Afrau. El espíritu y la abnegación de los médicos militares.

¹³⁰ Hace referencia a consultorios indígenas.

* Estación de ferrocarril.

ANEXO 1 (Continuación)

Tisingar	?	Kandussi	4	-	-
Yasf el Baá	?	Kandussi	9	consultorio	2 Ttes.
Chemorra	?	Kandussi	7	-	-
Draá	?	Kandussi	10	-	-
Buesbá	?	Kandussi	2	-	-
Ain Mesauda	?	Kandussi	4	-	-
Quebdani	?	Kandussi	15	-	-
Terbibin	lomo	Quebdani	9	-	-
Ulad Aisá	lomo	Quebdani	12	-	-
Timoren	lomo	Quebdani	6	-	-
Dar Buzian	lomo	Quebdani	8	-	-
Timayast	lomo	Quebdani	6	-	-
Dar Drius	ambulancia	Batel-Tistut.	?	Hosp. Quirúrg, Hosp. Evacu.Secc. montada.	1 Cap. ¹³¹ 1 Tte. Médicos columnas
Buhafora	?	Dar Drius	16	botiquín	1 Tte.
Hamuda	?	Dar Drius	13	-	-
Cheif	?	Dar Drius	8	botiquín	1 Tte.
Azrú	?	Dar Drius	14	-	-
Azib de Midar	?	Dar Drius	16	botiquín	1 Tte.
Ysen Lasen	?	Dar Drius	18	-	-
Ain Kert	?	Dar Drius	6	-	-
Carra Midar	?	Dar Drius	7	-	-
Haf	?	Dar Drius	10	-	-
Tamasusín	?	Dar Drius	5	-	-
Haman	?	Dar Drius	2	-	-
Uestia	?	Dar Drius	4	-	-
Dar Azugaj	?	Dar Drius	8	-	-
Itchiuen	?	Dar Drius	8	-	-
Ben Tieb	ambulancia	Dar Drius	?	Pto. Socorro	1 Tte.
Tugunzet	?	Ben Tieb	10	-	-
Adirassus	?	Ben Tieb	7	-	-
Yemaá de Nador	?	Ben Tieb	4	-	-
Halaut	?	Ben Tieb	5	-	-
Posición A	?	Ben Tieb	5	-	-
Morabo	?	Ben Tieb	7	-	-
Dar Missian	?	Ben Tieb	2	botiquín	1 Tte.
Menhayast	?	Ben Tieb	12	-	-
"	lomo	Izumar	6	-	-
Izumar	a lomo y rodada	Ben Tieb	-	Pto. Socorro	1 Cap.
Yebe Ludia	lomo?	Izumar	6	-	-
Posición B	lomo?	Izumar	2	-	-
Annual	ambulancia	Izumar	?	Hosp. Campaña, Médicos de columnas, 2 Secc. ambulancias	1 Cap.
Igueriben	lomo	Annual	4	botiquín	1 Tte.
Buimeyan	lomo	Annual	5	botiquín	1 Tte. ¹³²
Talilit	lomo	Annual	6	botiquín	1 Tte.

¹³¹ En caso de operaciones militares un comandante médico.

¹³² *Revista de Sanidad Militar*, 11, 1921, p.399: el 16-VI-1921, en el enfrentamiento con el enemigo en la posición de Bui-Meyan, hubo diecinueve muertos y cincuenta heridos. Esta posición estaba asistida por los tenientes médicos López Galiacho, Roig Padró y Vázquez Bernabeu, quien fue propuesto para la Cruz Laureada de San Fernando por su conducta.

ANEXO 2

PLANTILLA FIJA DEL CUERPO DE SANIDAD MILITAR EN MARRUECOS, 1921¹³³

	Escala Activa					Escala de Reserva	
	Col.	Tcol.	Cte.	Cap.	Tte.	Cap.	Tte.
Melilla							
Jefatura de Sanidad	1	-	1	3	-	1	-
Consultorio Nador	-	-	-	1	-	-	-
Enfermería de Zeulan	-	-	-	-	1	-	-
1º y 2º Grupo de hospitales	-	2	11	2	6	-	2
Laboratorio de análisis	-	-	1	-	-	-	-
Parque de Sanidad	-	-	-	1	-	-	-
Consultorio Zoco el Hach	-	-	-	1	-	-	-
Consultorio Zoco el Arbá	-	-	-	-	1	-	-
Enfermería avanzamiento	-	-	-	-	1	-	-
Enfermería Sammar	-	-	-	-	1	-	-
Enfermería Cabo de Agua	-	-	-	-	1	-	-
Consultorio Hassi-Berkan	-	-	-	1	-	-	-
Consultorio Monte Arruit	-	-	-	1	-	-	-
Consultorio Tumiat Zahio	-	-	-	-	1	-	-
Consultorio Ras Tikermin	-	-	-	-	1	-	-
Consultorio Kad-Dur	-	-	-	-	1	-	-
Hospital Alhucemas	-	-	-	1	1	-	-
Hospital Chafarinas	-	-	-	1	1	-	-
Hospital Vélez	-	-	-	1	1	-	-
Compañía de Sanidad	-	-	-	1	4	-	-
Total	1	2	13	15	21	1	2
Ceuta							
Jefatura de Sanidad	1	-	1	2	1	1	-
1º y 2º Grupo de hospitales	-	2	8	2	4	-	2
Parque de Sanidad	-	-	-	1	-	-	-
Laboratorio de análisis	-	-	1	-	-	-	-
Gabinete radiológico	-	-	-	1	-	-	-
Compañía de Sanidad	-	-	-	1	3	-	-
Total	1	2	10	7	8	1	2
Tetuán							
Hospital	-	1	3	2	3	-	1
Parque de Sanidad	-	-	1	-	-	-	-
Gabinete radiológico	-	-	-	1	-	-	-
Enfermería Río Martín	-	-	-	-	1	-	-
Enfermería Laucien	-	-	-	-	1	-	-
Consultorio T'lata	-	-	-	1	-	-	-
Consultorio Anyera	-	-	-	-	1	-	-
Compañía de Sanidad	-	-	-	1	4	-	-
Total	-	1	4	5	10	-	1

¹³³ *Anuario Militar de España. 1921*

ANEXO 2 (Continuación)

Larache							
Subinspección de Sanidad	-	1	-	3	-	-	1
Hospital	-	-	2	3	1	-	-
Consultorios	-	-	-	3	3	-	-
Hospital de Alcázarquivir	-	-	1	2	-	-	-
Hospital de Arcila	-	-	1	1	2	-	-
Compañía de Sanidad	-	-	-	1	4	-	-
Total	-	1	4	13	8	-	1
Suma Total	2	6	31	40	47	2	6

ANEXO 3

OFICIALES MÉDICOS DESTINADOS EN LAS UNIDADES DE ÁFRICA EN 1921¹³⁴

	Cte.	Cap.	Tte.	Total
Melilla				
Regimiento de Infantería San Fernando 11	-	1	1	2
Regimiento de Infantería Ceriñola 42	-	1	1	2
Regimiento de Infantería Melilla 59	-	1	1	2
Regimiento de Infantería Africa 68	-	1	2	3
Brigada Disciplinaria	-	1	-	1
Regimiento de Caballería Alcántara 14	-	1	1	2
Regimiento Mixto de Artillería	-	1	3	4
Comandancia de Artillería	-	1	-	1
Comandancia de Intendencia	-	-	1	1
Comandancia de Ingenieros	-	1	-	1
Compañía Mixta de Sanidad	-	1	4	5
Regulares 2	-	1	1	2
Policía Indígena	-	-	4	4
Total	-	11	19	30
Ceuta				
Regimiento de Infantería Ceuta 60	-	1	1	2
Regimiento de Infantería Serrallo 69	-	1	1	2
Regimiento de Caballería Cazadores Vitoria 28	-	1	1	2
Comandancia de Artillería	-	1	-	1
Regimiento Mixto de Artillería	-	1	2	3
Comandancia Ingenieros	-	1	-	1
Comandancia de Intendencia	-	-	1	1
Compañía Mixta de Sanidad	-	1	3	4
Regulares 3	-	1	1	2
Policía Indígena	-	-	4	4
Tercio de Extranjeros	1	3	-	4
Total	1	11	14	26
Tetuán				
Batallón de Cazadores Madrid 2	-	1	-	1
Batallón de Cazadores Barbastro 4	-	1	-	1
Batallón de Cazadores Arapiles 9	-	1	-	1
Batallón de Cazadores Llerena 11	-	1	-	1
Batallón de Cazadores Segorbe 12	-	1	-	1
Batallón de Cazadores Talavera 18	-	1	-	1
Compañía Mixta de Sanidad	-	1	4	5
Regulares 1	-	1	2	3
Policía Indígena	-	-	-	-
Mehala Jalifiana	-	1	-	1
Total	-	9	6	15

¹³⁴ *Anuario Militar de España, 1921*

ANEXO 3 (Continuación)

Larache					
Batallón de Cazadores Cataluña 1	-	1	-	1	
Batallón de Cazadores Tarifa 5	-	1	-	1	
Batallón de Cazadores Figueras 6	-	1	-	1	
Batallón de Cazadores Ciudad Rodrigo 7	-	1	1	-	1
Batallón de Cazadores Las Navas 10	-	1	-	1	
Batallón de Cazadores Chiclana 17	-	1	-	1	
Regimiento de Caballería Taxdir 29	-	1	-	1	
Comandancia de Artillería	-	1	-	1	
Comandancia de Ingenieros	-	1	-	1	
Comandancia de Intendencia	-	-	1	1	
Compañía Mixta de Sanidad	-	1	4	5	
Regulares 4	-	1	1	2	
Policía Indígena	-	-	2	2	
Total	-	11	8	19	
Suma total		1	42	47	90

ANEXO 4

RELACION DE HOSPITALES MILITARES, CIVILES E INDÍGENAS, CON EXPRESIÓN DEL NÚMERO DE SUS CAMAS, CAMAS AISLADAS, DISPENSARIOS INDÍGENAS Y ENFERMERÍAS EN AFRICA SOBRE 1920¹³⁵

	Hosmil	H. Civil	H. Indígena	Aislamiento	Dispen.	Enfer. ¹³⁶
Tetuán	750	24	60	48	1	1
Ainyir	-	-	-	-	1	1
Malalien	-	-	-	-	1	-
Rincón de Medik	50	-	-	-	-	-
Río Martín	-	-	-	-	1	-
Ceuta	1.500	80	-	120	1	-
Monte Negron	-	-	-	-	1	-
Cudia Federico	-	-	-	-	1	1
Larache	800	-	-	-	1	1
Arzila	400	-	-	-	1	1
Alcázarquivir	200	-	-	-	1	-
Zoco el Hac	-	-	-	-	1	-
Tenin	-	-	-	-	1	-
T. de Raisana	-	-	-	-	1	-
Yuma el Tolba	-	-	-	-	1	-
Sel-la	-	-	-	-	1	-
Regaia	150	-	-	-	1	-
El Peñón	30	-	-	-	1	-
Alhucemas	20	-	-	-	1	-
Melilla	1.500	180	75	48	-	-
Nador	100	-	12	17	1	-
Zeluan	42	-	-	-	1	1
M. Arruit	-	-	-	-	1	1
Segangan	-	-	-	-	-	-
Zoco el Arbá	-	-	-	-	1	-
Zoco el Hach	-	-	-	-	1	-
Sam-mar	-	-	-	-	1	1
Kaddur	-	-	-	-	1	1
Zaio	-	-	-	-	-	1
Hassi Berkan	-	-	-	-	1	1
Yaf el Bax	-	-	-	-	1	-
Cabo de Aguas	-	-	-	-	1	1
Chafarinas	200	-	-	-	-	-
Tánger	-	-	-	-	1	4
Total	7.442	324	143	223	27	11

¹³⁵ TRIVIÑO VALDIVIA, Francisco: «Del Marruecos español. Notas políticas, militares, financieras, agrícolas, de comercio e industrias, estadística y cuadros de vida y costumbres», en *El Telegrama del Riff*, tipografía, ¿1920?. Pp. 252-253.

¹³⁶ En las enfermerías se atendía a civiles en caso de no haber hospital civil.

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO DE PEDRO, L. y MARTÍNEZ-KLEISER, L.: *Introducción a la Historia Militar, siglo XX (1900-1939)*. Academia General Militar, Zaragoza, 1988.
- ARCARAZO GARCÍA, L. A.: «El Teniente Médico José Salarrullana Alabart, superviviente de Annual», en *Medicina Militar*, 65, 2000.
- BENZO, E.: *Al servicio del Ejército*. Morata, Madrid, 1931.
- BLÁZQUEZ BORES, F.: *El paludismo en el Ejército y su importancia social. Consideraciones sobre el problema en la Zona de Tetuán (Marruecos)*. Imprenta Antigua Casa Izquierdo y C^a, Sevilla, 1920.
- BOSQUE COMA, A.: «El Regimiento de Alcántara, sacrificado en Monte Arruit», en *Historia 16*, 264.
- BRENAN, G.: *El laberinto español. Antecedentes sociales y políticos de la guerra civil*. Plaza y Janes, Barcelona, 1984.
- Campaña profiláctica contra el Paludismo en la zona del Protectorado Español en Marruecos durante 1929*. Alta Comisaría de España en Marruecos. Comisión Antipalúdica Central, Tetuán, 1930.
- CARDONA, G.: «El problema militar en España», en *Historia 16*, Madrid, 1990.
- CARRASCO GARCÍA, A.: *Las imágenes del Desastre, Annual 1921*. Almera Ediciones, Madrid, 1999.
- DE MIGUEL GAVIRA, A.; CARRETERO DE NICOLÁS, F.: «Un siglo de planes de alimentación para hospitales militares», en *Medicina Militar*, 46, 1990.
- DIZ RODRÍGUEZ, M. R, ET AL.: «El Teniente Coronel González Tablas, héroe de regulares, fue operado por Gómez Ulla tras ser herido en Tazarut (1.922)», en *Medicina Militar*, 54, 1998.
- «El espíritu y la abnegación de los médicos militares», en *Revista de Sanidad Militar*, 19, 1921.
- El paludismo en la zona del protectorado español en Marruecos y medios para combatirlo*. Talleres del Depósito de la Guerra, Madrid, 1921.
- FERNÁNDEZ BASTARRECHE, F.: «El servicio militar en la España del siglo XIX. Una epidemia de los tiempos contemporáneos», en *Historia 16*, 140.
- FERNÁNDEZ DE LA REGUERA, R. y MARCH, S.: «Los días trágicos de Annual. I. Antecedentes», en *Historia y Vida*, 10, 1969.
- GALBAN JIMÉNEZ, M.: *España en Africa. La pacificación de Marruecos*. Madrid, 1959.

- GARCÍA ARGÜELLES, A.: «75 aniversario del desembarco de Alhucemas», en *Ejército*, 715, 2000.
- GARCÍA SIERRA, E. A.: «El Servicio Sanitario en el territorio de Melilla», en *Revista de Sanidad Militar*, 15, 1921.
- IBÍDEM: «Nuestros muertos», en *Revista de Sanidad Militar*, 18, 1921.
- GUERRERO ACOSTA, J. M.: *El Ejército Español en campaña, 1643-1921*. Almena Ediciones, Madrid, 1998.
- IBÍDEM: *Historia de las Campañas de Marruecos*. Servicio Histórico Militar. Madrid, 1981.
- IBÍDEM: *Historia de Melilla a través de sus calles y barrios*. Asociación de Estudios Melillenses, Melilla, 1979-1997.
- IBÍDEM: *La Guerra en el Riff*. Editorial B. Bauza, Barcelona, ¿1922?
- IBÍDEM: «Labor sanitaria del Estado Mayor Central del Ejército», en *Revista de Sanidad Militar*, 11, 1921.
- IBÍDEM: «Los Servicios Sanitarios para la campaña de Melilla», en *Revista de Sanidad Militar*, 19, 1921.
- MARTÍN SIERRA, F.: «Hospital Quirúrgico de Montaña 'Gómez Ulla'», en *Medicina Militar*, 56, 2000.
- MARTÍNEZ CAMPOS, C.: *España bélica. El siglo XX. Marruecos*. Aguilar, Madrid, 1972.
- MARTÍNEZ DE CAMPOS, A.: «Melilla 1921», en *El Pueblo Manchego*, Ciudad Real, 1922.
- MASSONS, J. M.: *Historia de la Sanidad Militar Española*. Ediciones Pomares-Corredor, S.A., Barcelona, 1994, 4 tomos.
- MEDINA, R. y MOLERO, J.: *Medicine and colonial power. Two models of Spanish colonization in Africa: Guinea and Morocco*. Colonial Medical Service, Symposium (annexe November, 5-8, 1998), in press.
- MESA GUTIÉRREZ, J. L. de: «Convoyes a Tizzi-Azza» en *Serga*, 11.
- MOLERO MESA, J.: «Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del s. XX español», en *Trabajo social y salud*, 32, marzo 1999.
- NIETO, F. y GARCÍA, M.: *El Servicio de Sanidad Militar en tiempo de paz (Bases legislativas)*. Ediciones Ares, Madrid, 1947.
- PANDO DESPIERTO, J.: «Catástrofe española en el Riff», en *Historia 16*, 244.
- IBÍDEM: «El Desastre de Annual», en *Historia 16*, 243.
- IBÍDEM: *Historia secreta de Annual*. Ediciones Temas de Hoy, Madrid, 1999.
- IBÍDEM: «La odisea de Vázquez Bernabeu», en *Historia 16*, 248.
- IBÍDEM: «La pesadilla del Gurugú», en *Historia 16*, 247.

- IBÍDEM: «Un año después de Annual. La pesadilla africana en la España de 1922», en *Historia 16*, 260.
- PARKER, G.: «Cómo hacen la guerra los occidentales», en *Historia 16*, 250.
- PASCUAL, P.: «Así fue el desembarco de Alhucemas», en *Historia 16*, 282.
- PÉREZ-LUCAS IZQUIERDO, C.: «La Sanidad Militar en el primer tercio del siglo XX», en *Revista de Historia Militar*, 30.
- RODRÍGUEZ DE VIGURI Y SEOANE, L.: *La retirada de Annual y el asedio de Monte Arruit*. Sucesores de Rivadeneyra, Madrid, 1924.
- ROSELLÓ IGLESIAS, J.: «El tractocarril, un original sistema de transporte», en *Carril*, 53, 1999.
- SAINZ GUTIÉRREZ, S.: *Con el General Navarro. En operaciones. En el cautiverio*. Sucesores de Rivadeneyra, Madrid, 1924.
- TRIVIÑO VALDIVIA, F.: «Del Marruecos español. Notas políticas, militares, financieras, agrícolas, de comercio e industrias, estadística y cuadros de vida y costumbres», en *El Telegrama del Riff*, tipografía, ¿1920?
- TUSELL, J.: «Manual de Historia de España. Siglo XX», en *Historia 16*, Madrid, 1990.
- VÁZQUEZ HERNÁNDEZ, V.: «Cine y Propaganda», en *Historia 16*, 296.