

LA MEDICINA MILITAR ESPAÑOLA EN LA GUERRA DE IFNI Y SAHARA (1957-1958)

Ricardo NAVARRO SUAY¹

RESUMEN

La guerra de Ifni-Sahara (23 de noviembre de 1957-30 de junio de 1958), está considerada como el último conflicto en el que España participa como fuerza beligerante.

Se trata de describir la logística sanitaria española y analizar las bajas médicas durante este conflicto.

Para la disciplina de historia y de historiografía, determinamos tres fases: búsqueda, exploración y relación de fuentes (personales, bibliográficas, documentales y multimedia), estudio crítico de las fuentes y narración de los hechos históricos. Para la disciplina de medicina se realizó un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo de los pacientes atendidos en el Hospital Militar de Las Palmas de Gran Canaria.

Se atendió a 2.179 pacientes. De ellos, 73 % fueron bajas no de combate y 27 % de combate. El 80 % tenían entre los 20 y 25 años y pertenecían al Ejército de Tierra. Las bajas por herida de arma de fuego fueron las más prevalentes y el área anatómica más afectada fueron los miembros inferiores.

¹ Teniente coronel médico, destinado en el Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla» de Madrid. Doctor en Medicina. Doctor en Historia Contemporánea. Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Canarias. Correo electrónico: navsua@fn.mde.es

En conclusión, los primeros momentos de saturación de las capacidades sanitarias dieron paso a una fase caracterizada por un refuerzo urgente de personal y material permitiendo una aceptable atención médica acorde a los medios de esa época. Los principales motivos de evacuación no estaban relacionados directamente con el combate. Los primeros saltos paracaidistas en combate realizados por médicos y practicantes militares, la evacuación precoz con aeronaves (por primera vez se emplea un helicóptero militar), el tratamiento continuado de la baja de combate, la cirugía del control del daño en las tres cavidades, la comunicación sanitaria encriptada, el abastecimiento de medios sanitarios, una impecable documentación clínica y las misiones de carácter médico son algunas de las peculiaridades que definen la atención sanitaria en este conflicto.

PALABRAS CLAVE: Medicina militar. Guerra de Ifni-Sahara. Evacuación. Baja.

ABSTRACT

Ifni-Sahara War (November 23, 1957 – June 30, 1958) is considered the last conflict in which Spain participates as a belligerent force.

Objective: Describe Spanish health logistics and analyze casualties during this conflict.

Material and methods: For the discipline of history and historiography, we determine three phases: search, exploration and relationship of sources (personal, bibliographic, documentary and multimedia), critical study of the sources and narration of historical facts. For medicine discipline, a cross-sectional, descriptive, retrospective study of the patients treated at the Las Palmas de Gran Canaria Military Hospital was carried out.

Results: 2179 patients were treated. Of these, 73 % were non-combat casualties and 27 % combat casualties, 80 % were between 20 and 25 years old and joined the Army. Casualties with gunshot wounds were the most prevalent and the most affected anatomical area were the lower limbs.

Conclusion: The first moments of saturation of medical capacities gave way to a phase characterized by an urgent personnel and material reinforcement allowing an acceptable medical attention according to that time. The main reasons for evacuation were not directly related to combat. The first paratrooper jumps in combat by physicians and military nurses, early aerial evacuation (a military helicopter is used for the first time in the Spanish war history), the continued treatment of combat casualty, damage con-

trol surgery in the three cavities, encrypted health communication, medical facilities provision, great clinical documentation and medical missions are some of the peculiarities that define Spanish health care in this conflict.

KEY WORDS: Military medicine. Ifni-Sahara war. Evacuation. Casualty.

* * * * *

INTRODUCCIÓN

La presencia española en la costa noroccidental de África se remonta a 1476, cuando Diego Herrera funda Santa Cruz de la Mar Pequeña, cerca de las Islas Canarias. Tras la guerra de África (1859-1860), el Sultán de Marruecos reconoció los derechos españoles sobre este territorio. Años más tarde, a finales del siglo XIX en Villacisneros, se implantaron diversas factorías con personal y capital español. Pero no es hasta 1934, cuando se procede a la ocupación de Ifni y se incrementa la presencia en el Sahara. A mediados del siglo XX, el África Occidental Española (AOE) administrativamente se componía de los territorios de Ifni (capital Sidi Ifni), Cabo Juby (capital Villabens), Saguia el Hamra (capital El Aaiún) y Río de Oro (capital Villacisneros). La extensión del territorio era de 270.000 km² y la población ascendía aproximadamente a 53.000 habitantes, la mayor parte naturales de la zona.

Recientemente se ha cumplido el 60 aniversario de la guerra de Ifni-Sahara (23 de noviembre de 1957-30 de junio de 1958), considerado como el último conflicto en el que España participa como país beligerante. Tras finalizar la independencia del Protectorado Norte de Marruecos, fuerzas independentistas atacaron los territorios españoles de Ifni, Cabo Juby, Saguia el Hamra y Río de Oro, provocando la respuesta militar en aras de defender nuestra soberanía nacional. Fue un conflicto de corte colonial, acontecido en un terreno árido y montañoso (Ifni) y desértico (Sahara). Las guarniciones destacadas en la zona tuvieron que ser rápidamente reforzadas con unidades procedentes de Canarias, Ceuta, Melilla y la península. Con este apoyo se pudo recuperar la iniciativa táctica y realizar operaciones ofensivas, algunas de ellas con apoyo francés. El resultado final de la contienda fue que nuestro país mantuvo la ciudad de Sidi Ifni y la provincia del Sahara, cediendo a Marruecos Villa Bens y la mayor parte de la provincia de Ifni.

En todo conflicto armado el papel de la Sanidad Militar es primordial y la guerra de Ifni-Sahara no fue una excepción. El apoyo sanitario en zona de operaciones fue escalonado y secuencial. Comenzaba en la línea del frente, continuaba en los hospitales civiles del AOE, las bajas más graves eran evacuadas hasta el Hospital Militar de Las Palmas y finalmente, si era necesario, la evacuación terminaba en la península. Se realizaron los procedimientos de reanimación del control del daño de forma protocolizada, se empleó tratamiento antibiótico en las bajas de combate y se consiguió transfundir sangre completa y plasma a los heridos. Nunca se había empleado en nuestro país el helicóptero como medio sanitario de aeroevacuación militar, fue la primera ocasión en la que un oficial médico español realizó un salto paracaidista de combate y en la que se utilizaron medios encriptados para transmitir información clínica en zona de operaciones. Estos son algunos de los factores inéditos que se describirán en este trabajo de investigación.

El objetivo del estudio es describir la logística sanitaria española y analizar las bajas médicas durante el conflicto de Ifni-Sahara de 1957-1958.

MATERIAL Y MÉTODO

El método empleado en el presente trabajo es el fruto de la práctica de tres disciplinas: la historia, la historiografía y la medicina².

Siguiendo la guía metodológica de Granjel L.S. para la disciplina de historia y de historiografía preferentemente sanitaria, determinamos tres fases consecutivas del proceso de investigación³:

- Fase 1: Búsqueda, exploración y relación de fuentes. Establecemos cuatro tipos de fuentes: personales, bibliográficas, documentales y multimedia⁴.

² El propósito de la historia es el estudio de hechos humanos pasados, el de la historiografía es redactarlos de forma inteligible, ordenada y objetiva, mientras que el de la medicina es aportar el conocimiento científico en aras de mejorar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes basándose en datos epidemiológicos.

³ Granjel LS. Estudio histórico de la medicina, lecciones de metodología aplicadas a la historia de la medicina española. Salamanca, 1961.

⁴ Fuentes personales: tras firmar un consentimiento informado, se procedió a realizar entrevistas semiestructuradas a militares españoles que combatieron en el conflicto. La mayoría de ellas fueron grabadas en audio y en video. Esta información se complementó con la realización de fotografías de cada uno de los entrevistados. En algunos casos nos facilitaron sus diarios personales e imágenes de lo que allí aconteció. El objetivo de la filmación y grabación de dichas entrevistas es documentar los testimonios de forma que perduren en el tiempo cuando los protagonistas (la mayoría octogenarios) hayan fallecido. Para completar el enfoque biopsicosocial también se entrevistaron a algunas esposas e hijos de militares que sufrieron en retaguardia los avatares de la guerra. En total se entrevistaron a 121 veteranos y familiares.

- Fase 2: Estudio crítico de las fuentes.
- Fase 3: Narración de los hechos históricos.

Para la disciplina de medicina se realizó un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo realizado desde el 23 de noviembre de 1957 hasta el 30 de junio de 1958. La población a estudio fue el personal civil y militar atendido en el hospital militar de Las Palmas (por ser considerado a nivel táctico como centro hospitalario sobre el que se evacuaban las bajas de zona de operaciones) durante el citado periodo de estudio⁵.

Para poder realizar el presente estudio se consiguieron las siguientes seis autorizaciones:

- Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) de la Defensa: código 38/17.
- Comité de Investigación del Hospital Central de la Defensa: código 23/17.

Fuentes bibliográficas: libros, artículos, novelas, actas de congreso e informes consultados. Igualmente se analizaron fuentes francesas, británicas, estadounidenses y portuguesas (anexo 1).

Fuentes documentales: documentos originales de la época objeto de la investigación y los archivos donde se encuentran ubicados. Asimismo, se estudió la documentación audiovisual de ese momento (adquiriendo los derechos de reproducción a la filmoteca española –número de factura 3/2019–) y las noticias publicadas en prensa de la época.

Fuentes multimedia: páginas web consultadas. Se hizo hincapié en los diferentes foros informáticos de veteranos que estuvieron desplegados en zona de operaciones durante este conflicto (anexo 1).

- ⁵ Los criterios de inclusión empleados fueron pacientes, que hubieran recibido atención médica en el hospital militar de Las Palmas durante el desarrollo del conflicto. Se eligió como criterio de exclusión la información incompleta o ilegible en la historia clínica, considerándose como incompleta aquella que no nos permitiera cumplimentar las variables a estudio y como ilegible aquella que no pudiera ser entendida por los investigadores.

Las variables a estudio fueron de control y sociodemográficas: sexo, empleo militar, edad, ejército de pertenencia. Las variables principales fueron: especialidad médica responsable de la atención, lugar desde donde fue evacuado el paciente, lugar al que es evacuado, alta en el hospital militar de Las Palmas, hospital militar de destino, medio de evacuación empleado hasta el hospital militar de Las Palmas, medio de evacuación empleado tras el hospital militar de Las Palmas, agente lesional, intervención quirúrgica y éxito. Para clasificar las enfermedades y lesiones se empleó el código CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10) y el código EpiNATO.2 (según AmedP 4.1 de enero de 2017). Por último, de forma complementaria se analizaron (empleando las mismas variables anteriores) las bajas en combate atendidas en el hospital de Sidi Ifni.

Para la estadística descriptiva se emplearon índices de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas. Se utilizarán la media aritmética, desviación estándar, la mediana y el rango intercuartílico dependiendo de la asunción o no, respectivamente, del supuesto de normalidad de las mismas con el test de Kolmogorof-Smirnof (K-S). Para variables categóricas: frecuencias absolutas y relativas en tanto por ciento (%). La aplicación estadística empleada fue el paquete SPSS versión 15.

- Instituto Mixto de Investigación Biosanitaria de la Defensa: escrito del 21/09/17.
- Inspección General de Sanidad de la Defensa: S-17-008725 de 02/06/2017 y D-OC-SB-40400000-S-19-002770 de 19/02/2019.
- Jefatura de Sanidad Militar Operativa del Hospital Central de la Defensa: escrito del 14/02/18.
- Centro Superior de Estudios de la Defensa Nacional (CESEDEN) / Instituto Español de Estudios (IEEE) / Cátedra Almirante Don Juan de Borbón-Universidad Complutense de Madrid: escrito del 1/07/2019.

Por último, el autor opina que no sería adecuado investigar sobre la sanidad militar durante aquella contienda sin inspeccionar por tierra, mar y aire la zona de operaciones donde se combatió, considerando indispensable analizar el enfrentamiento en estos tres medios. Para ello se informó por conducto reglamentario del viaje con un objetivo de investigación histórica a los territorios pertenecientes a la antigua AOE. Se consiguió la aprobación por escrito de la Agregaduría Militar española en Rabat (Marruecos). Asimismo, se solicitó a Jefatura de Movimiento Aéreos la posibilidad de volar hasta la Base Aérea de Gando en un avión del 45 Grupo del Ejército del Aire, autorización aceptada en 19 octubre 2019. Se visitaron a juicio del investigador, las principales ciudades, pueblos o comarcas de interés histórico del conflicto: El Aaiún, Edchera, Villabens, Tan Tan, Gulimin, Sidi Ifni, Telata, Tiluin, Erkun y Agadir, empleando cartografía militar del Centro Geográfico del Ejército de 1957. Por su marcado interés sanitario militar, se visitó en tres ocasiones más Gran Canaria, por ser esta isla la que sirvió de centro logístico sanitario durante el conflicto.

Por último, en 2019, el autor navegó a bordo del Buque Escuela *Juan Sebastián de Elcano* de la armada española, por aguas del Océano Atlántico del litoral de la antigua AOE, durante el XCII Crucero de Instrucción de guardiamarinas.

APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL CONFLICTO DESDE UN PUNTO DE VISTA SANITARIO MILITAR

Las Fuerzas Armadas españolas en la década de 1950

Al terminar la Guerra Civil, las Fuerzas Armadas españolas tenían una función eminentemente territorial, con una capacidad expedicionaria

muy limitada. Estaban sobredimensionadas y su estructura según algunos autores era macrocefálica.

En 1945, entre jefes, oficiales y suboficiales se contaba con 50.000 efectivos. Progresivamente se fue reduciendo este número. A principios de la década de 1960, la cifra de miembros de las Fuerzas Armadas había disminuido aproximadamente a 220.000 (Generales, Jefes y Oficiales –12 %–, suboficiales –10 %– y tropa, incluyendo militares de reemplazo –75 %–).

Las tropas españolas en el Protectorado Norte eran muy numerosas. Concretamente, se contaba con cuatro Divisiones de Infantería, una Brigada de Caballería, un Regimiento de Carros y tres de Artillería. En total, 66.800 hombres, de los que 44.200 estaban desplegados en territorio del Protectorado y los 22.600 restantes en Ceuta y Melilla.

Desde un punto de vista militar, dos factores son de interés en esta década. En primer lugar, el nacimiento en nuestro país de unidades paracaidistas en el seno del Ejército del Aire y de Tierra. Este hecho respondía a una necesidad táctica y operacional. Además, estas tropas habían sido ampliamente utilizadas durante la segunda guerra mundial por ambos bandos y tras su empleo, se habían identificado lecciones en varios teatros de operaciones. Con estos efectivos voluntarios, se incrementaba la capacidad profesional prestada fundamentalmente por La Legión.

El segundo factor es el apoyo militar prestado por Estados Unidos a principios de los años cincuenta, que rompía el bloqueo internacional al que se había visto sometida España tras la última contienda mundial. Con esta medida, se mejoraba parcialmente el obsoleto material del que disponían las Fuerzas Armadas españolas en ese momento.

La Sanidad Militar española en la década de 1950

A mediados de los años cincuenta del siglo pasado, las sanidades militares integradas en el Ejército de Tierra, la Armada y el Ejército del Aire estaban inmersas en un proceso de recuperación tras la contienda civil. Su función primordial era prestar apoyo sanitario a los militares profesionales, tropa de reemplazo, personal civil adscrito al ámbito militar, guardia civil, policía y familias vinculadas al estamento castrense.

La estructura hospitalaria militar estaba compuesta por 91 centros sanitarios y abarcaba toda la geografía nacional. Concretamente, el Ejército de Tierra contaba con 17.969 camas, la Armada con 1.376 y el Ejército del Aire con 921. Sin duda, estas 20.266 camas formaban la estructura sanitaria más potente de la nación, hasta el nacimiento de la Seguridad Social, una

década más tarde. Los establecimientos sanitarios militares se dividían en hospitales (de primera, de segunda y de tercera), clínicas, enfermerías, sanatorios (de primera, de segunda y de tercera –tres de ellos antituberculosos–) y por último clínicas psiquiátricas, alguna con gran importancia durante el conflicto.

Tanto en estas instalaciones sanitarias, como en las Inspecciones, en los diversos botiquines de los acuartelamientos, así como en las enfermerías de los arsenales y bases aéreas, se encontraban destinados médicos, farmacéuticos, veterinarios, practicantes, sanitarios, camilleros, religiosas y personal auxiliar. Los primeros estaban encuadrados en diferentes escalas (activa, complementaria facultativa, de Sanidad Militar, complementaria de Sanidad Militar, auxiliar del Cuerpo de Sanidad, de complemento, de complemento de Infantería y asimilados). En total formando parte de los tres Cuerpos, la lista de revista era de 2 Generales Inspectores, 9 Generales de Brigada Médicos, 63 Coroneles Médicos, 172 Tenientes Coroneles Médicos, 371 Comandantes Médicos, 455 Capitanes Médicos y 170 Tenientes Médicos, apoyados por 166 oficiales médicos de complemento y 151 médicos civiles asimilados^{6, 7, 8 y 9}.

En los anuarios de los tres Ministerios, encontramos que el intervalo de edad de la mayor parte de los pacientes que ingresaban en los centros militares comprendía desde los 25 a los 60 años, siendo los motivos más frecuentes de ingreso, los traumatismos y los procesos infecciosos¹⁰.

En términos generales, la importante estructura hospitalaria anteriormente comentada, la seguridad de contar con un empleo y un salario, la probabilidad de obtener ascensos militares, el pertenecer a la única institución que permitía una formación reglada en las diferentes especialidades médicas, el poder ejercer la medicina también en el ámbito privado, el prestigio de la Sanidad Militar y el patriotismo inherente a la vida militar, eran las principales razones esgrimidas por los licenciados en medicina de aquella época, entrevistados por el autor, para ingresar en nuestras Fuerzas Armadas^{11, 12 y 13}.

⁶ Escalilla del Cuerpo de Sanidad Militar. Ministerio del Ejército. Dirección General de Reclutamiento y Personal. 1.º de enero de 1957.

⁷ Escalafón del Cuerpo de Oficiales de la Armada. Ministerio de Marina. Año 1957.

⁸ Escalafón del Cuerpo de Suboficiales de la Armada. Ministerio de Marina.

⁹ Escalafón de Aviación Militar. Año 1957.

¹⁰ *Anuario Estadístico Militar*. Alto Estado Mayor. Servicio de Estadística Militar. Año 1957.

¹¹ Entrevista al General Médico Anastasio Del Campo, realizada Madrid el 12 de abril de 2018.

¹² Entrevista al Coronel Médico Ricardo Lliso realizada en Valencia el 6 de diciembre de 2017.

¹³ Entrevista al Dr. Jorge Petit (hijo del Teniente Coronel Médico Jorge Petit) realizada en Las Palmas el 25 de abril de 2019.

Desde un punto de vista sanitario, los territorios del AOE (Ifni, Cabo Juby –Villabens–, Saguía el Hamra –El Aaiún– y Río de Oro –Villacisneros–) tenían una serie de particularidades que diferían de la península. Cada territorio contaba con un hospital de mayor o menor entidad. Ninguno de ellos era estrictamente militar, ya que eran centros sanitarios civiles, que dependían del Gobernador del AOE y por tanto de Presidencia de Gobierno. Su presupuesto estaba a cargo de ésta última y la dirección recaía en facultativos civiles. En la plantilla se contaba con varios médicos (algunos de ellos militares en situación de excedencia), oficiales médicos, practicantes (en ocasiones indígenas), personal auxiliar y monjas pertenecientes a varias órdenes religiosas. En estos centros se atendía a la población civil europea e indígena y a aquellos militares y sus familias que requerían atención hospitalaria¹⁴ y ¹⁵ (ver fig. 1).



Figura 1. Hospitales en zona de operaciones.
Esquina superior izquierda: Hospital de Ifni
(fotograma del NODO –derechos de reproducción adquiridos por el autor–).
Esquina superior derecha: Hospital de El Aaiún
(fotografía cedida por Joan Marimon al autor).
Esquina inferior izquierda: Hospital de Villacisneros
(fotograma del NODO –derechos de reproducción adquiridos por el autor–).
Esquina inferior derecha: Hospital de Villabens (fotografía del autor)

¹⁴ Entrevista realizada al Comandante Médico José Rodríguez (Granada) el 23 de mayo de 2019.

¹⁵ Entrevista realizada al Cabo Primero sanitario Hans Grungald realizada en Alcalá de Henares (Madrid) el 13 de noviembre de 2017.

En las poblaciones del interior del territorio la asistencia sanitaria era prestada por médicos y practicantes civiles. La presencia de uno u otro, dependía de la población de cada pueblo. Junto con algún funcionario de un ministerio diferente, formaban parte del escaso personal civil que convivía en esas posiciones con los miembros de la policía o del ejército. Incluso, en algunos casos, vivían junto con su familia en aquellos destacamentos aislados.

El apoyo sanitario a las unidades militares desplegadas en aquel territorio africano recaía en oficiales médicos, practicantes militares, sanitarios y camilleros destinados en las mismas. El material médico era espartano, austero y en ocasiones limitado. Además, se contaba con una Compañía de Sanidad Militar que prestaba apoyo a las diferentes unidades (por ejemplo, facilitando ambulancias o sanitarios). El servicio de guardia hospitalaria de Sidi Ifni recaía en médicos del hospital y en médicos militares destinados en unidades ubicadas en la misma ciudad (ver fig. 2).

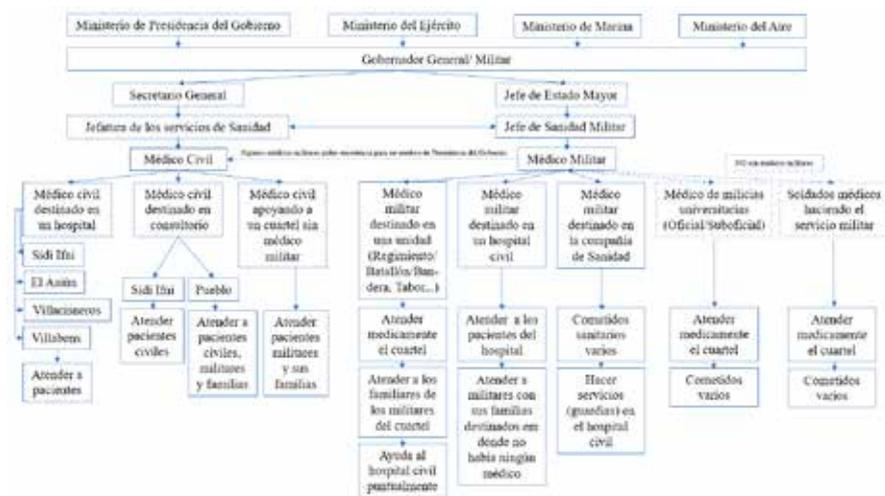


Figura 2. Esquema de la distribución de médicos en zona de operaciones.
Realización por el autor

Si las capacidades de los hospitales eran insuficientes para atender a los enfermos, se procedía a evacuarlos por vía aérea, gracias a aeronaves del Ejército del Aire, hasta la Base Aérea de Gando (Gran Canaria) y desde allí en ambulancia, hasta el Hospital Militar de Las Palmas.

El Hospital Central del África Occidental Española, situado en la ciudad de Sidi Ifni, puede servirnos de ejemplo de esta situación. Entre los años 1949-1954 contaba con noventa camas distribuidas en salas de hombres y mujeres nativos, peninsulares e insulares y habitaciones para jefes, oficiales,

suboficiales y funcionarios civiles correspondientes a dichas categorías, así como pabellones de maternidad y de infecciosos. Disponía de servicios de medicina general, cirugía, un quirófano, tocoginecología, radiología, estomatología y análisis clínicos, atendidos cada uno de ellos por su correspondiente facultativo. Durante esos seis años, se atendieron 8.681 enfermos (64 % militares). Las enfermedades infecciosas y parasitarias ocasionaron la primera causa de atención (29 % –en orden decreciente: gripe, tuberculosis pulmonar, gonococia y sífilis–), seguida de cirugía (13 %) y traumatología (11 %). Fallecieron en el hospital 189 enfermos (entre otras causas, 69 por tuberculosis pulmonar y 26 por motivos cardiológicos). La casi totalidad de los 408 evacuados al Hospital Militar de Las Palmas, eran militares pendientes de Tribunal Médico Militar, enfermos de tuberculosis y heridos con lesiones en huesos y articulaciones. Nacieron 345 niños, se realizaron 8.368 análisis clínicos y 13.105 radiografías¹⁶.

Estos datos nos orientan a que la sanidad en estos territorios africanos era, en principio, la adecuada para atender a una población eminentemente militar y funcional, bastante aislada del exterior, sometida a un clima hostil y con importantes cuadros infectocontagiosos endémicos como la tuberculosis y las enfermedades venéreas (hoy denominadas de transmisión sexual). El contexto «colonial» obligaba a una necesaria simbiosis entre la sanidad civil y la militar. En general, la confianza generada por los médicos entre la población era considerable. Sin embargo, conforme se acercaba el inicio del conflicto, se pudieron haber implementado varias medidas sanitarias para prepararse ante la llegada masiva de bajas de combate.

Las Fuerzas Armadas españolas en el conflicto

En noviembre de 1957, las guarniciones españolas en los territorios del África Occidental Española eran escasas. En Ifni, ascendían a 3.391 efectivos (2.754 en la capital y 614 en los puestos de interior). La mayoría estaban encuadrados en el Ejército de Tierra (3.255), y las fuerzas de la Armada y Ejército del Aire eran prácticamente testimoniales (90 y 46 respectivamente). A esto se añade que 705 hombres eran indígenas integrados en nuestras unidades militares. En el Sahara, la situación era similar con 3.620 hombres, estando las tropas desplegadas en las principales poblaciones costeras.

¹⁶ Resumen estadístico del África Occidental Española (1958). Dirección General de Plazas y Provincias Africanas e Instituto de Estudios Africanos. Madrid, 1959.

Las fuerzas se sustentaban principalmente en 4 Tabores de Tiradores de Ifni, 4 Grupos (entidad Batallón) de Policía Territorial, 3 Banderas de la Legión, 2 Banderas Paracaidistas y Grupos de Zapadores, Artillería, Intendencia y Automovilismo.

Por la localización y el tipo de enfrentamiento, el Ejército de Tierra llevó el peso del combate. A lo largo de los meses que duró la guerra, se establecieron tres etapas tácticas consecutivas.

En un primer momento se resistió al ataque inicial del enemigo, manteniendo las principales ciudades y se intentó liberar los puestos del interior que se encontraban cercados. Posteriormente llegaron unidades militares de refuerzo procedentes de las Islas Canarias, norte de África y de la península. Por último, las Fuerzas Armadas españolas de una forma conjunta y combinada (con apoyo militar francés en el Sahara) pasaron a la ofensiva derrotando al enemigo en la provincia sahariana y estableciendo un perímetro defensivo a unos cuatro kilómetros de la ciudad de Sidi Ifni.

Las Operaciones *Netol*, *Gento*, *Pañuelo*, *Diana*, *Teide*... han pasado a formar parte de la historia militar del conflicto. No es objeto de este artículo analizar en profundidad dichas operaciones, pero sí describir su apoyo sanitario.

Las unidades navales desplegadas en la Zona de Operaciones se encuadraron en dos Agrupaciones (A y B). Cada una de ellas estaba constituida por dos Cruceros y tres o cuatro destructores. Como buques de apoyo se contó con una fragata, dos corbetas, cuatro minadores y dos remolcadores. El apoyo logístico que realizó la Armada en la contienda fue callado y esforzado. Gracias al empleo de sus buques se pudieron transportar efectivos, material y armamento a zona de operaciones.

Algunos investigadores consideran que el papel del Ejército del Aire en este conflicto fue esencial, a pesar de que el enemigo no disponía de medios aéreos. Esta afirmación se basa en que la aviación española bombardeó posiciones, transportó tropas y material, fue protagonista en los saltos paracaidistas y estableció un importante puente aéreo entre las ciudades africanas y Las Palmas de Gran Canaria.

Operaciones de combate

En la madrugada del 23 de noviembre de 1957, fuerzas insurgentes atacaron la ciudad de Sidi Ifni, el enlace telegráfico con los puestos del interior de la provincia de Ifni fue cortado y comenzó el asedio a diferentes destacamentos militares de dicho territorio. La guerra había comenzado.

El servicio de inteligencia español desplegado en la zona había alertado del inminente ataque enemigo, pero gracias a un confidente, nuestras fuerzas conocían que el asalto se iba a producir esa noche. A pesar de encontrarse todos los efectivos en alerta, con munición y con el equipo de combate alistado, la acción ofensiva del enemigo puso a prueba la defensa española. Las primeras bajas españolas ascendieron a 2 muertos, 3 heridos y 10 desaparecidos, que incrementaron el número de militares enfermos a consecuencia de una epidemia de gripe que afectaba a parte de las fuerzas desplegadas en esta ciudad durante aquel día.

Aunque el ataque a la capital Sidi Ifni fue repelido por nuestros efectivos, en el resto de la provincia *ifneña* no ocurrió lo mismo. Los puestos militares en el interior estaban en una situación crítica, al encontrarse cercados por el enemigo.

El Estado Mayor decidió asegurar la capital y enviar columnas de socorro hacia el resto de posiciones. Una de ellas era Telata, localizada a 35 km de la capital. En este destacamento había varias bajas graves que debían ser evacuadas y sufrían escasez de medicinas. La tarde del 23 de noviembre se ordenó a una sección de la 7.^a Compañía de la II Bandera Paracaidista, al mando del Teniente Ortiz de Zárate, que escoltara al Capitán Médico José Freixas Otto, al Brigada Practicante Manrique y a una ambulancia. El objetivo era atender a los heridos, evacuar la posición de Telata y regresar a Sidi Ifni. A mitad de trayecto, el enemigo atacó al convoy sanitario forzando la detención de la columna y obligó al Teniente, a ocupar una cota cercana para repeler el hostigamiento, teniendo que abandonar los vehículos (incluyendo la ambulancia), que quedaron inservibles. La sección permaneció asediada en esta posición durante ocho días, hasta que efectivos del Grupo de Tiradores n.º 1 procedentes de la capital, rompieron el cerco. Finalmente, las fuerzas españolas lograron llegar a Telata y liberar el puesto. El 5 de diciembre se abandonó la posición destruyendo todo aquello que pudiera servir al enemigo, evacuándose los heridos hasta Sidi Ifni. El coste fue de 5 muertos (incluyendo al Teniente Ortiz de Zárate)¹⁷ y 14 heridos, uno de ellos fue el

¹⁷ En entrevista personal realizada con superviviente de esta acción se comentó al autor que existió la posibilidad de que el mando de la Sección recayese en el Capitán Médico una vez que el Teniente de Infantería falleció durante la acción. El entrevistado refirió que el Capitán Médico declinó la sucesión del mando en un suboficial paracaidista pensando que éste último estaba más instruido para dirigir la defensa de la posición. Este dato queda también reflejado en fuentes secundarias. Asimismo, se anota que cuando el médico es herido en la cara estaba rezando el rosario. Este sucesivo también se relaciona en José Antonio Sainz de la Peña. Sahara-Ifni Recuerdos de un tirador, Editorial: Mountainsoft-Caminos y Cumbres SL. Madrid, 2016. Página 90.

Capitán Médico Freixas que recibió impactos de metralla en la cara, siendo condecorado por este hecho¹⁸.

Mientras la columna del Teniente Ortiz de Zárate estaba rodeada en las proximidades de Telata, se redactó la orden de operaciones P-1¹⁹ mediante la cual, se pretendía liberar al resto de puestos que permanecían rodeados por fuerzas insurgentes.

Tiluin, ubicado al sur, cerca de la frontera con Marruecos, fue la siguiente posición que se pretendía auxiliar. El 29 de noviembre comenzaba la *Operación Pañuelo*. Dos secciones de la 7.^a Compañía de la II Bandera Paracaidista embarcaron en aviones Junkers Ju-52. Tras realizar los bombarderos Heinkel 111, fuego de apoyo aéreo en las cercanías de Tiluin, los 75 paracaidistas²⁰ realizaron el primer salto de guerra de la historia de España. Tres de ellos sufrieron lesiones en los tobillos. Este refuerzo de efectivos, permitió incrementar la defensa de la posición y el apoyo médico (ya que el destacamento únicamente contaba con un practicante y un sanitario²¹), hasta que el 3 de diciembre la IV Bandera de la Legión y dos Compañías del Batallón expedicionario «Soria 9» consiguieron liberar el cerco. Al día siguiente se abandonó el fuerte, concluyéndose la misión, al llegar todo el contingente a pie hasta Sidi Ifni el día 6 de diciembre. Uno de los heridos en el salto paracaidista fue el Brigada Practicante Jurado Ortiz. El empleo del avión de transporte Junker Ju-52 fue primordial porque desde él se lanzó material sanitario y evacuó a 11 heridos y a los civiles más débiles.

Veinticuatro horas después del inicio de la *Operación Pañuelo*, comenzó la *Operación Netol*²², cuyo objetivo era liberar por tierra los asedios de Telata, Tiluin y el Mesti. Esta misión se encomendó a la VI Bandera de la Legión, la I y II Bandera Paracaidista, IV Tabor de Tiradores de Ifni y 2 Compañías del Regimiento Soria n°9. Como hemos visto anteriormente, Telata y Tiluin son rescatadas. El Mesti fue liberado por efectivos de la I Bandera Paracaidista. Sin embargo, el coste humano de la *Operación Netol* fue elevado: 4 muertos y 14 heridos.

¹⁸ Hoja de Servicio José Freixas Otto. Archivo General Militar de Segovia, Caja 263, Expediente 25. N: 123236G.

¹⁹ Archivo General Militar de Ávila, Caja 32723.1.3.

²⁰ Archivo General Militar de Ávila, Caja 32723.1.3. Integrados en el contingente había un suboficial practicante y un sanitario. A cada paracaidista se le entregó un paquete de cura individual.

²¹ Conferencia videograbada a D. Francisco Mérida Maldonado, practicante civil. Mesa organizada por el Aula de Estudios Sociedad-Ejército “General Pérez Galdós” de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria. 10 de abril 2013. Disponible en el www.rincónsidesidiifni.es

²² Archivo General Militar de Ávila, Caja 32723,1.4. Se contaba con 1 ambulancia y Sanidad con los medios propios de cada unidad.

El día 5 de diciembre arrancó la *Operación Gento*²³. La misión era liberar los últimos puestos sitiados de Tiugsa y Tenin Amelú. Fuerzas paracaidistas partieron desde Sidi Ifni a pie junto con mulos para llevar los pertrechos. Durante el camino, sufrieron varios ataques ocasionando múltiples bajas, por lo que se decidió el envío de un camión desde la capital para evacuar tanto a los heridos como a los muertos. Cuarenta y ocho horas más tarde se alcanzaron ambas posiciones, dinamitaron las fortificaciones al día siguiente y se replegó toda la fuerza hasta la capital. A pesar de ser concebida como una maniobra de rápida ejecución y con una estimación de pocas bajas, desgraciadamente no fue así. El número de muertos ascendió a 29, hubo 84 heridos y 8 desaparecidos.

En ocasiones, durante el asedio, los practicantes destinados en los destacamentos, emplearon comunicaciones telegráficas cifradas para solicitar instrucciones del oficial médico. Utilizando este medio se consiguió tratar a los heridos y enfermos. Concretamente, se especificaba el tipo de fármaco, la dosis y su vía de administración²⁴ y ²⁵. Este hallazgo es un punto de inflexión en cuanto a las comunicaciones sanitarias militares se refiere, puesto que puede considerarse la primera teleconsulta táctica realizada en nuestro país.

En los primeros días de noviembre, los puestos más importantes del interior del Sahara fueron evacuados. Concretamente Tan Tan el 3 de noviembre por medio de aviones y Smara cuatro días más tarde, dejando en el destacamento únicamente a algunos efectivos.

El 19 de noviembre, se estableció el plan de operaciones PM-4, que debía garantizar que las posiciones defensivas españolas resistiesen el ataque del enemigo. Para ello, se establecieron 3 núcleos defensivos: Agrupación A (Centro), Agrupación B (Norte), Agrupación C (Sur).

El 30 de noviembre, se comprobó que la luz del faro de Cabo Bojador estaba apagada y el 3 de diciembre de 1957 desde la Corbeta Descubierta, protegiendo la acción por un avión Heinkel He-111, se desembarcó un pelotón de Infantería de Marina, encontrando indicios de que 2 soldados de Transmisiones y 5 civiles habían sido hechos prisioneros por el Ejército de Liberación.

El 22 de diciembre, se realizó un reconocimiento ofensivo por la Sagua el Hamra con 2 Compañías de Infantería, un pelotón de morteros y una sección de ametralladoras, consiguiendo que las fuerzas enemigas iniciaran su retirada.

²³ Archivo General Militar de Ávila, Caja 32723,1.5. El apoyo sanitario se realizó con los elementos propios de cada unidad.

²⁴ Entrevista al Coronel Adolfo Meléndez realizada en Valdetorres del Jarama (Madrid) el 1 de octubre de 2018.

²⁵ En la entrevista realizada en Madrid el 11 de septiembre de 2018 a Emilio López Bricio, soldado de Transmisiones durante el conflicto se nos relata el sistema de comunicación dentro de un centro sanitario ya que él participó en su instalación.

En esta fase de la guerra comenzaron nuevas operaciones en Ifni, denominadas *Diana* (18 de enero de 1958), *Siroco* (6 de febrero) y *Pegaso* (16 de febrero). Las tres tenían como objetivo, conquistar una serie de cotas alrededor de la ciudad de Sidi Ifni para mejorar la defensa de la capital frente a un posible contraataque del enemigo.

Para la *Operación Diana*²⁶ se formaron dos Agrupaciones Tácticas. La norte, formada por la I Bandera Paracaidista, por el IV Tabor de Tiradores de Ifni y un pelotón de cañones sin retroceso y la sur, compuesta por los siguientes efectivos: II Bandera Paracaidista, Batallones Expedicionarios del Soria n.º 9 y del Belchite n.º 57 y la VI Bandera de la Legión. Aunque el planeamiento recomendaba un salto paracaidista, finalmente fue suspendido por razones meteorológicas, realizando todas las unidades el movimiento por tierra. En un principio, las posiciones fueron tomadas por las fuerzas españolas, pero los días 3, 4, 7, 12 y 14 de febrero se sufrieron ataques del enemigo. No obstante, las posiciones resistieron y se pudo incrementar el perímetro de seguridad de la capital. El coste humano fue muy elevado: 8 muertos y 47 heridos.

Ante el éxito de la *Operación Diana*, en poco tiempo se empezó a planear un nuevo movimiento de efectivos. La *Operación Siroco*²⁷ tenía por objetivo realizar una demostración de fuerza frente a los insurgentes y demostrar que a pesar de que se estuviera en defensiva, se tenía la capacidad de actuar en el interior del territorio de una forma rápida y contundente. Con este fin, se planeó un reconocimiento de combate sobre el poblado de El Mesti. La operación fue llevada a cabo el 10 de febrero por la I Bandera Paracaidista y el Batallón Expedicionario del Regimiento Soria n.º 9, con apoyo de una batería de artillería 105/11 del I grupo de Artillería y de cuatro aviones Heinkel-111. La operación permitió ocupar el zoco del poblado, replegándose las fuerzas españolas ese mismo día. Con este movimiento táctico, se consiguió disminuir las acciones del enemigo sobre las posiciones defensivas de Sidi Ifni. Hubo 7 heridos.

La *Operación Pegaso*²⁸, nace con la pretensión de destruir un puesto de mando y de abastecimiento del enemigo ubicado en Erkunt, al norte

²⁶ Archivo General Militar de Ávila, Caja 1, 1 y 10. Se detalla que la Compañía de Sanidad cederá 1 artola sencilla, 1 artola ligera y 5 camillas a la I Bandera Paracaidista y al IV Tabor de Tiradores de Ifni; a la VI Bandera de la Legión y al Batallón Soria 9 1 artola sencilla y 2 camillas. Se montaron dos puestos de carga de ambulancia. El primero en "Casa de Bentaqui" con una ambulancia de Tiradores de Ifni y un oficial médico de la Compañía de Sanidad con su correspondiente botiquín de socorro. El segundo se instalará en Bingua, con una ambulancia de la Bandera Paracaidista y un oficial médico con botiquín.

²⁷ Archivo General Militar de Ávila. Caja 32723,1,11

²⁸ Archivo General Militar de Ávila. Caja 327231,14. Se establece un puesto de carga de ambulancias con una ambulancia y una pick up; un órgano de evacuaciones con una ambulancia y camiones y un puesto de clasificación.

de Ifni. Para ello, se quería realizar un salto paracaidista sobre esa misma población, a la vez que se avanzaba por tierra. En este caso, se contaba con apoyo aéreo y de fuegos que proporcionaba los buques de la Armada. Se establecieron dos Agrupaciones. La Agrupación Táctica C, contaba con la I Bandera Paracaidista, una Sección de Ametralladoras, una Compañía de Fusiles, un Pelotón de Morteros del 81, un núcleo de Zapadores y un destacamento de Policía Indígena. Mientras, la Agrupación Táctica M, estaba constituida por la II Bandera Paracaidista, la VI Bandera de la Legión, una Sección de Zapadores y una Sección de Morteros pesados. A pesar de una fuerte resistencia por parte del enemigo, la operación fue un éxito ya que las fuerzas insurgentes fueron atacadas por dos flancos provocando su retirada. Finalmente, los efectivos españoles replegaron sobre la capital Sidi Ifni. El coste de la operación fue de 8 muertos y 10 heridos.

En el Sahara la situación táctica se mantenía inestable. Al amanecer del 10 de enero de 1958, la XIII Bandera de la Legión partió de El Aaiún en una misión ofensiva contra las bandas del Ejército de Liberación, con la esperanza de eliminar la amenaza contra la capital del Sahara español. En vanguardia, se encontraba la 2.^a Compañía, para proteger el flanco iba la 3.^a Compañía y se contaba como reserva con la 1.^a Compañía. El Jefe de la Bandera iba con la Plana Mayor junto con la 5.^a Compañía de Armas de Apoyo y le acompañaba una Sección de Transmisiones. Cerca de Edchera (aproximadamente a 30 km de El Aaiún), el enemigo aprovechando el terreno, atacó a las fuerzas españolas durante 12 horas provocando el mayor número de bajas españolas durante el conflicto: 41 muertos y 55 heridos. A esta acción se la conoce como «la batalla de Edchera»^{29, 30 y 31}.

Siguiendo lo establecido en la Directiva TMA de la Capitanía General de Canarias y de la Jefatura de Fuerzas del Sahara, se preparó la *Operación*

²⁹ Archivo General Militar de Ávila. “Efectivos españoles en el Sahara en enero de 1958”. En El Aaiún se encontraba el PM de Compañía de Sanidad Motorizada, una Sección de Sanidad motorizada, un Equipo quirúrgico y 4 ambulancias. En Villacisneros, una Sección de Sanidad motorizada y dos ambulancias y en Villabens, una Sección de Sanidad motorizada y dos ambulancias.

³⁰ En escrito del 17 de enero de 1958, el Gobernador General del Sahara en radio nº3 de las 10:30h del día 16 ruega el envío urgente de 2 equipos quirúrgicos más a El Aaiún. En escrito del 20 de enero de 1958, en radio, referencia 003 de las 13:00h del día 18 refiere que el día 17 salieron con destino al A.O.E un equipo de Farmacia con su correspondiente material y el 21 de enero de 1958, en radio 721/859 de 14:20h del día 20 solicite que se envíe un jefe de Sanidad de la Jefatura de Servicios. En diversas fuentes secundarias se detalla que tras el combate de Edchera el puesto quirúrgico de El Aaiún agotó toda la reserva de hemocomponentes a excepción de dos unidades de plasma.

³¹ Según la Directiva General Número 1 (TMA) 2.^a parte, se establecen depósitos de medicamentos en la plaza de El Aaiún, Villabens y Villacisneros.

Teide («Ecouvillon»/«Ouragan» del ejército francés)³². Fue una acción conjunto-combinada entre los Ejércitos de Tierra y del Aire español y francés. En una primera fase, las fuerzas españolas partirían de El Aaiún y las francesas de Fort Trinquet, con el objetivo de lograr la destrucción del Ejército de liberación en la zona de Saguia El Hamra. En la segunda fase, se garantizaría la eliminación de cualquier núcleo enemigo en esta zona.

Por problemas logísticos, las fuerzas españolas iniciaron el movimiento el 10 de febrero, entrando en contacto con el enemigo en varias ocasiones. Es destacable el salto paracaidista en Smara de fuerzas francesas y del Escuadrón Paracaidista del Ejército del Aire. Ocho días más tarde, se finalizó la operación en el segmento norte y centro del Sahara. El día 19 se inició el movimiento en el segmento sur con fuerzas procedentes de Villacisneros y de El Aaiún. Por parte francesa, sus unidades partieron de Fort Trinquet y Fort Gourand. Se produjeron de nuevo importantes enfrentamientos con el enemigo, finalizando el día 25 de febrero de 1958 la operación que ocasionó en las fuerzas españolas 10 muertos y 67 heridos. Esta fue la última operación hasta que concluyese la guerra el 30 de junio de 1958.

Sanidad del Ejército de Tierra en el conflicto

Según se establecía en las normas de Sanidad Militar del momento, en cada Batallón, Bandera o Tabor compuesto aproximadamente por 500 efectivos, se encontraba destinado un oficial médico, varios suboficiales practicantes, sanitarios y camilleros. El facultativo contaba con dos arcones y dos cestones de medicamentos, instrumental quirúrgico y material sanitario (anexo 2). El suboficial disponía de una mochila, el sanitario de una cartera y el resto de combatientes (al menos teóricamente) de un paquete de cura individual.

Aunque en ocasiones habían recibido clases de primeros auxilios, la atención inicial al herido se sustentaba en la colocación de un torniquete (reglamentario o de circunstancias) y aplicación de un vendaje sobre la lesión. Si se carecía de este material, se intentaba cohibir la hemorragia con pólvora

³² Archivo General Militar de Ávila. Caja 32723,1,15. Por escrito de la Capitanía General de Santa Cruz de Tenerife con fecha 28 de enero de 1958, a las Unidades se les suministrará elementos para la purificación del agua, el personal irá provisto de paquetes de cura individual, las evacuaciones se harán en ambulancia o helicóptero o avión y cada escalón llevará sus elementos sanitarios. Se establecieron equipos quirúrgicos en El Aaiún y Villabens. Los depósitos de farmacia también se desplegaron en ambas localidades. En caso necesario, la evacuación progresará hasta los hospitales militares del archipiélago canario.

o arena, e incluso se utilizaba orina para la desinfección de la herida, según los testimonios de algunos veteranos entrevistados.

A continuación, tras rellenar la tarjeta de evacuación, se trasladaba la baja por sus propios medios o en camilla al nido de heridos o al puesto de clasificación, donde era tratada por un oficial médico.

Desde allí se evacuaba al herido en ambulancia, jeep, camión o incluso con acémilas hasta los hospitales de la costa. Como se comentará más adelante, en ocasiones se emplearon aeronaves para este traslado.

En los centros hospitalarios se continuaba la atención con los medios disponibles, poniéndose las bajas en estado de evacuación, hasta que volaban hasta el Hospital Militar de Las Palmas (ver figs. 3 y 4).



Figura 3. Secuencia de atención a bajas de combate durante el conflicto.

Esquina superior izquierda: transporte de un herido en camilla por los sanitarios (imagen obtenida en www.elrincondeifni.com).

Esquina superior derecha: extracción de una baja desde la ambulancia militar (fotografía cedida por Joan Marimon al autor).

Esquina inferior izquierda: transporte de bajas en un camión (fotograma del NODO –derechos de reproducción adquiridos por el autor–).

Esquina inferior derecha: embarque de un herido en un avión. (fotograma del NODO –derechos de reproducción adquiridos por el autor–).



Figura 4. Rutas de evacuación terrestres, marítimas y aéreas en zona de operaciones durante el conflicto. Modificado por el autor

Este tratamiento escalonado queda definido someramente en el apartado de logística de las órdenes de operaciones.

Muchas de las tropas desplegadas en el terreno sufrieron picaduras por pulgas, piojos, chinches y parásitos. La falta de higiene, una mala alimentación, la escasez de agua, un vestuario y calzado inadecuado generaron frecuentemente problemas sanitarios³³.

³³ Archivo General Militar de Ávila. Escrito del Oficial Médico de la VI Bandera de la Legión en enero de 1958. “la mayoría del personal está completamente parasitado por el pedículo de la vestimenta. Es necesario desinfección e instalación de duchas”.

Como apoyo llegaron unidades expedicionarias de diversas Armas y también de Sanidad.

La tropa de sanidad era exigua para el abultado número de bajas, por lo que desde Ceuta embarcó una compañía expedicionaria de Sanidad de la Agrupación de Sanidad Militar de la Comandancia General de Ceuta (anexo 2). El 26 de diciembre de 1957, una orden del Estado Mayor Central del Ejército llegaba a la Comandancia General de Ceuta para que la Agrupación de Sanidad organizase una compañía expedicionaria compuesta por 125 hombres (1 Capitán Médico, 3 Tenientes Médicos, 1 Alférez Médico, brigadas practicantes y aproximadamente 110 sanitarios) material quirúrgico, medicinas, ambulancias y mulos para llegar lo más rápido posible a Ifni. Antes de partir, los mandos de la compañía les impartieron las normas teóricas y prácticas de cómo atender a los heridos. El mando recayó en el Capitán Médico José Castañón Hernández. El embarque en el puerto de Ceuta se realizó en el buque «*Ciudad de Alcira*». El 29 de diciembre de 1957, el buque atracaba en el puerto de la Luz (Las Palmas) y de allí el contingente sanitario se desplazó hasta el acuartelamiento del Regimiento de Infantería *Canarias* 50. Posteriormente, desde la cercana Base Aérea de Gando, en aviones Junkers del Ala 46, partió dicha compañía para llegar el 1 de enero al continente vecino.

La recepción, según algunos veteranos, no pudo ser más dramática. En las lomas próximas sonaban las ráfagas de ametralladoras, explosiones de granadas de mano y por encima de sus cabezas silbaban los proyectiles disparados por los buques de la Armada Española. Los sanitarios una vez aposentados, con los conocimientos que los oficiales médicos les habían enseñado, se trasladaron a la línea de fuego para recoger a los heridos y muertos en acción. Otros se especializaron en desinsectar de parásitos a las tropas desplegadas y realizar medidas preventivas diversas^{34, 35 y 36}.

En 1957 se creó el Equipo Quirúrgico Militar de Ceuta, formado por el Capitán Ricardo Miralles de los Santos (traumatólogo), el Teniente Justo Ostalé Gómez (urólogo) y el practicante Luis San José que permanecerán desde noviembre de 1957 a abril de 1958 en El Aaiún. Los dos primeros, fueron felicitados por el propio ministro del Ejército en 1960 por su intervención en la campaña. Los tres recibieron la medalla de Ifni.

³⁴ Archivo General Militar de Ávila. Caja 3035, Carpeta 4. Por escrito n.º 4395-B de 30 de mayo de 1958 se solicitan 40 soldados más para la Compañía Expedicionaria de la Agrupación de Sanidad Militar con objetivo de rellenar la plantilla.

³⁵ La compañía de sanidad de Ceuta Antonio Herrero Andreu El Faro de Ceuta. Entrevista realizada a Antonio Herrero. Tenerife

³⁶ Entrevista realizada al Soldado Antonio Navarro Pérez (Zaragoza) el 22 de enero de 2018.

Una vez que se había reforzado el frente con una primera unidad de sanidad militar procedente del norte de África, desde la península se constituyó una segunda agrupación expedicionaria de Sanidad Militar. Desde las distintas Regiones Militares, se enviaron tropas de las respectivas Agrupaciones de Sanidad. A modo de ejemplo, de la 4.^a Agrupación de Sanidad Militar localizada en Villafranca del Penedés (Barcelona) y perteneciente al IV Cuerpo de Ejército de la Región Militar de Cataluña se escogieron a 27 miembros (1 sargento, 4 Cabos Segunda y 22 Soldados). Los contingentes procedentes de las citadas Agrupaciones, se fusionaron en el Acuartelamiento de El Goloso (Madrid) a partir del 18 de enero de 1958. Once días más tarde, se dio la orden de partir hacia Sevilla en tren. El 31 de enero las tropas embarcaron en el buque «*Plus Ultra*», que se encontraba atracado en el muelle del puerto de Sevilla. Desde allí, a través del río Guadalquivir, llegaron a Cádiz y finalmente el 4 de febrero arribaron a Las Palmas. En esta ciudad, permanecieron acuartelados en el Regimiento de Artillería n.º 94. El 11 de febrero fueron desplegados por vía aérea en El Aaiún y en Villacisneros. Desde allí, atendieron a las bajas evacuadas del frente, desinsectaron las instalaciones y apoyaron los reconocimientos médicos diarios^{37 y 38}.

En cierta medida, también desde Madrid se establecieron apoyos puntuales a zona de operaciones.

El Coronel Médico D. Manuel Gómez-Durán Martínez, veterano de la guerra de África, de la Guerra Civil y jefe de Cirugía del Hospital Militar Central «Gómez Ulla», tras estallar el conflicto en Ifni y Sahara, es comisionado entre el 4 y 9 de diciembre de 1957 al África Occidental Española para supervisar los servicios sanitarios de las guarniciones. Es de suponer que este Coronel, discípulo del General Médico Mariano Gómez Ulla y cuyo mérito principal fue publicar su experiencia en cirugía de guerra, aconsejó a los médicos desplegados en el territorio sobre la atención a bajas en combate.

Todos los médicos militares de la promoción de 1958, tras entregarles el Despacho de Teniente Médico varias semanas antes de lo habitual por la instauración del conflicto, fueron destinados al frente³⁹.

Asimismo, en el Hospital Militar Central «Gómez Ulla» (centro donde eran evacuadas la mayoría de las bajas con lesiones más críticas), el Ca-

³⁷ Entrevista al General Médico Alejandro Domingo Gutiérrez realizada en Madrid el 11 de enero de 2019.

³⁸ Entrevista realizada al Cabo de Sanidad Militar Joan Marimon en Villanova (Barcelona) el 26 de enero de 1958.

³⁹ Entrevista al General Médico Alejandro Domingo Gutiérrez realizada en Madrid el 11 de enero de 2019.

pitán Médico Rafael Merchán impartió el 12 de febrero de 1958 una sesión clínica hospitalaria sobre los heridos procedentes de la guerra de Sidi Ifni⁴⁰.

Sanidad de la Armada en el conflicto

Prácticamente la totalidad de los buques en zona de operaciones contaban con personal de sanidad. El número y empleo de los mismos dependía del tipo de unidad, tonelaje y capacidad sanitaria del mismo. Como norma general, en los Cruceros había al menos un oficial médico, tres suboficiales sanitarios y varios cabos sanitarios; en la Fragata y Minadores un oficial médico, un suboficial sanitario y un cabo sanitario y por último el apoyo sanitario en las Corbetas y Remolcadores recaía tan solo en un suboficial sanitario.

En el medio naval, la asistencia médica comenzaba con la atención prestada a bordo por el oficial médico o, en ausencia de éste, por el suboficial sanitario. Si la gravedad del enfermo o herido superaba las capacidades médicas del buque, se procedía a evacuarle por vía marítima hasta un barco de guerra con una dotación médica superior, que perteneciese a la misma agrupación naval. Una vez embarcado en este último, se reevaluaba a la baja, se le trataba con los medios disponibles a bordo y si fuese necesario se evacuaba hasta un hospital militar, casi siempre el de Las Palmas, priorizando en la mayor parte de los casos la misión táctica sobre la médica. Únicamente en el caso de que el buque con el enfermo navegase muy cerca de tierra, se podía evacuar a la baja directamente a un hospital.

Solo en un par de ocasiones se evacuaron a heridos por vía marítima desde la Zona de Operaciones del Sahara hasta el Hospital Militar de Las Palmas^{41 y 42}.

Durante los traslados logísticos ocurrieron eventos médicos de interés. Como hemos comentado con anterioridad, la mayoría de las unidades sanitarias y pertrechos quirúrgicos fueron embarcados en los buques. La labor asistencial a bordo siempre estuvo presente. A lo largo del embarque

⁴⁰ Anales del Hospital Militar Central “Gómez Ulla”. Madrid. Tomo IX. Año 1958. Página 274. Capítulo Secciones Científicas dadas durante el año 1958. Doce de febrero de 1958. Capitán Médico D. Rafael Merchán Vázquez. “Algunas consideraciones sobre los heridos procedentes de Sidi Ifni”.

⁴¹ En la entrevista personal realizada a Ricardo Viñas Satué en Madrid el día 29 de agosto de 2019, por entonces Cabo Segunda Escribiente del Crucero Méndez Núñez se nos asegura que 3 soldados del Ejército de Tierra que se encontraban enfermos fueron evacuados en su barco desde Zona de Operaciones hasta el Arsenal de Las Palmas para que fueran ingresados en el Hospital Militar de Las Palmas.

⁴² Archivo General Militar de Ávila. Caja 32723,1,12. Durante la *Operación Pegaso*, el Crucero Galicia a petición de la Agrupación C, colaboraría en la evacuación de bajas propias.

en Melilla de los miembros del Batallón *Cabrerizas* en los Cruceros *Miguel de Cervantes* y *Almirante Cervera*, se produjo el caso de un paciente afecto de abdomen agudo. El enfermo fue evacuado en lancha hasta el Crucero *Miguel de Cervantes*, donde fue intervenido quirúrgicamente en el quirófano por los dos oficiales médicos destinados a bordo. Durante el momento de la cirugía, el Crucero aminoró la velocidad (ralentizando al resto del convoy) con la intención de facilitar la intervención. El paciente fue diagnosticado de apendicitis aguda perforada y principio de peritonitis aguda, lo que obligó a la colocación de un drenaje abdominal, ingresó en enfermería durante unos días y posteriormente se evacuó al hospital cuando la situación táctica lo permitió. Al final del conflicto en esta zona de operaciones, Zafra relata cómo el oficial médico del Crucero Valdés de la Armada española intervino quirúrgicamente y anestesió a un marinero civil, miembro de la tripulación de un barco alemán, diagnosticado de apendicitis aguda. La llamada de socorro fue atendida por radio, fue evacuado en una lancha del buque de guerra hasta el crucero y tras la intervención a bordo, fue trasladado hasta el hospital de marina de Cádiz⁴³. Estos casos son interesantes ya que demuestran la existencia de capacidad quirúrgica y anestésica en algunos buques de la escuadra española y resume la asistencia médica en el medio naval.

La necesidad de transporte de tropas y la carencia de este tipo de barcos en la Armada provocó que el Ministerio de Marina requisase buques civiles para poder realizar este cometido. En al menos uno de ellos (*Motonave Ciudad de Alicante*) embarcó un equipo médico de la Armada compuesto por un Teniente Médico, un suboficial sanitario de segunda, un cabo primero sanitario y un cabo segundo sanitario. Muchos de estos barcos requisados, también fueron empleados para evacuar enfermos y heridos desde el Hospital Militar de Las Palmas a algunos Hospitales Militares de la península.

Durante la campaña, uno de los puntos clave en la costa de la provincia del Sahara fue la playa de El Aaiún. Esta zona fue atacada por las bandas insurgentes el 25 de noviembre de 1957, el tiroteo duró 5 horas y hubo bajas por ambas partes. El peligro de que el enemigo pudiera dañar los depósitos de material, hizo que el 19 de enero de 1958, una compañía de Infantería de Marina se estableciese para proteger la zona y defender a una sección de marinería (procedente del Crucero *Canarias*) encargada principalmente de las faenas de desembarco de personal, vehículos y carga general. Los infantes de marina rechazaron durante la noche del 9 al 10 de

⁴³ Manuel Espinosa de la Garza. *Toda una vida en la Armada*. Madrid. BuBok Publishing 2021. Pp. 317-330.

febrero un ataque del enemigo. Integrado en este contingente, se encontraba el Teniente Médico Carlos Tello Fernández, acompañado por un suboficial sanitario de segunda y dos cabos primeros sanitarios. Su misión no estuvo exenta de riesgo y le permitió desempeñar sus cometidos sanitarios, tanto entre el personal de Armada destacado en la cabeza de playa, como entre los indígenas de la zona.

Concretamente entre el 4 y el 9 de febrero de 1958 se atendieron a 28 infantes de marina (21 por heridas –3 de ellos por metralla– y 7 por quemaduras), dos de los cuales tuvieron que ser evacuados al hospital de El Aaiún⁴⁴.

La Armada en Sidi Ifni fue trascendental por dos motivos: permitió el desembarco de personal y material en la playa y colaboró en la defensa perimetral de la ciudad. Desde el 23 de noviembre de 1957 al 9 de marzo de 1958, 38 marineros y 12 infantes de marina sufrieron lesiones (27 con heridas –25 en pies y 2 en tórax–, 22 con contusiones –todas en los pies–) y un marinero casi se ahogó en la mar hasta que fue rescatado. Es de destacar que dos infantes de marina sufrieron lesiones en tórax al manipular un proyectil de mortero⁴⁵.

Sanidad del Ejército del Aire en el conflicto

Sin lugar a dudas, la aeroevacuación puede ser considerada la faceta más importante del Ejército del Aire, desde un punto de vista sanitario militar. Cuando estalla el conflicto, los médicos de aviación en Zona de Operaciones estaban encuadrados en la Base Aérea de Gando (2 Comandantes Médicos y 2 Capitanes Médicos), en el Aeropuerto de Sidi Ifni (1 Capitán Médico) y en el Primer Escuadrón Paracaidista (1 Teniente Médico). En esta unidad paracaidista además había destinado un sargento enfermero auxiliar del Cuerpo de Sanidad y tropa sanitaria de aviación.

Las bajas atendidas en los hospitales de Sidi Ifni, El Aaiún, Villabens y Villacisneros eran evacuadas hasta el Hospital Militar de Las Palmas por vía aérea. La norma de evacuación dictaba que los heridos no debían per-

⁴⁴ Relación nominal de personal lesionado y herido dependientes de la Jurisdicción de la Base Naval de Canarias a consecuencia de faenas, trabajos o misiones relacionados con operaciones para el África Occidental Española. Archivo del Museo Naval de Madrid.

⁴⁵ Relación nominal del personal herido y accidentado por Operaciones en la playa de Ifni, con expresión de las lesiones sufridas, fecha de las mismas. Sidi Ifni, 8 de marzo de 1958. Capitán de Fragata Comandante Militar de Marina del A. O. E. José López Aparicio García.

manecer ingresados en aquellos hospitales más de 3 días, con el objetivo de no colapsar los centros hospitalarios y permitir el ingreso de nuevas bajas procedentes del frente. Esta consideración táctica provocaba que, tras la llegada por vía aérea de personal y pertrechos desde Las Palmas, se emplease el viaje de regreso de los aviones (sobretudo Junker 52 y Douglas C47) hacia la Base Aérea de Gando para evacuar a las bajas de la línea de combate.

Dependiendo de la gravedad de las mismas, se les transportaba sentadas o en camilla y podían embarcar en la aeronave junto a un médico militar, un suboficial practicante o un sanitario. Antes de despegar, se informaba por radio sobre el número y la gravedad de los heridos, para que a pie de pista de la base de Gando esperase un número adecuado de ambulancias militares. El tiempo de vuelo para el Junker 52, en condiciones climáticas favorables, era aproximadamente de 2 h:45 min (Sidi Ifni-Gando), 1 h:20 min (Aaiún-Gando), 1 h:40 min (Villabens-Gando) y 3 h:15 min (Villacisneros-Gando).

No debemos olvidar el empleo de aeronaves con fines sanitarios, incluso más a vanguardia. Además de los Junker 52, se desplegaron Dornier Do-27 para evacuar bajas desde las posiciones de interior hasta los hospitales de la costa. Además, por primera vez en la historia de España se emplearon en combate helicópteros Sikorsky H19 también para este fin, aprovechando su versatilidad, la facilidad para la toma y el despegue en el terreno desértico, así como su rapidez a la hora de evacuar a la baja (ver fig. 5)^{46 y 47}.

⁴⁶ Se ha comprobado la realización de evacuaciones en helicóptero militar en zona de operaciones gracias a los manifiestos de vuelo de aeronaves del Ejército del Aire, a la entrevista del Cabo Primero del Ejército del Aire Joaquín Ramos Lozano, en Madrid el 20 de diciembre de 2017 que era mecánico de estas aeronaves y a la entrevista con el Cabo Sanitario Joan Marimon en Villafranca del Penedés (Barcelona) el 4 de agosto de 2018, que incluso regaló sus fotografías personales donde se constatan las aeroevacuaciones de heridos hasta el hospital. Boletín de Información N°79 del Ministerio del Aire con noticias correspondientes al día 10 de febrero de 1958, página 2: “Un helicóptero Z-1 evacuó bajas de la Agrupación del Ejército de Tierra”, ídem 11 de febrero, página 3 “dos helicópteros evacuaron bajas”, ídem 12 de febrero, página 2 “los helicópteros realizaron 3 salidas con el fin de abastecer de munición y medicamentos a las columnas propias, evacuando al regreso varias bajas. Ídem 13 de febrero, página 2 “un helicóptero Z-1 realizó una misión de transporte urgente para evacuar dos heridos”. Ídem 16 de febrero, página 2 “Un helicóptero Z-1 evacua un herido del convoy de El Aaiún” “Un helicóptero Z-1 evacuó 3 heridos de una agrupación”. Los helicópteros volaron 10 horas y 27 minutos.

⁴⁷ Archivo General Militar de Ávila, Directiva General Número 1 (TMA) 2.ª parte del Estado Mayor de la Capitanía General de Canarias. Sección 4d) Sanidad. “la evacuación se hará en ambulancia o helicóptero, en este último caso a los hospitales de El Aaiún, Villabens o Villacisneros. Esta evacuación será por orden del General del Sector.



Figura 5. Fotografía inédita de un helicóptero del Ejército del Aire evacuando bajas en el conflicto de Ifni-Sahara de 1957-58.

Imagen regalada por el Cabo Sanitario Joan Marimon Vives al autor

Otro aspecto de notable interés fue el apoyo sanitario prestado a los 393 efectivos del Escuadrón Paracaidista del Ejército del Aire. Durante los 230 saltos de combate realizados por los miembros del Escuadrón, hubo 12 heridos (5,2 %). Además, en este conflicto y por primera vez en la historia militar de nuestro país, un oficial médico (Capitán Médico Emilio Villa Gil) realizó un salto paracaidista de combate en la Hagunia⁴⁸.

Así mismo, se lanzaron por vía aérea arcones sanitarios a las posiciones cercadas y parte del material quirúrgico hacia los distintos hospitales fue transportado gracias al empleo de aeronaves del Ejército del Aire⁴⁹. Por ejemplo, el 9 de febrero de 1958 un avión T-3 despegó de Gando con dirección al El Aaiún con 1.700 kg. de material sanitario y un día más tarde un avión T-2 voló con 1.477 kg. de medicinas y pertrechos médicos hacia la ciudad de Sidi Ifni.

⁴⁸ Dato anotado en su hoja de servicios, facilitada por Archivo del Ejército del Aire. Expediente personal de Emilio Villa Gil, número 884342, página 19 y 20.

⁴⁹ Diario de Operaciones del Ejército del Aire, campaña Ifni-Sahara. Página 6, día 1 de diciembre: “2 aviones T-2 trasladaron un equipo quirúrgico desde Tenerife a Ifni”.

El Hospital Militar de Las Palmas como escalón sanitario en el conflicto

El Hospital Militar de Las Palmas se convirtió en el referente de la Sanidad Militar desplegada en Zona de Operaciones. Contaba con una capacidad asistencial notable.

Allí se realizaron intervenciones quirúrgicas del control del daño y en ocasiones de las tres cavidades (cráneo, tórax y abdomen). Se empleó tanto la anestesia general como la regional. En caso de hemorragia exanguinante se utilizó sangre completa y plasma⁵⁰.

Tras el análisis realizado por el autor de las historias clínicas pertenecientes a heridos ingresados en este hospital desde el 23 de noviembre de 1957 al 30 de junio de 1958, podemos afirmar que las bajas fueron tratadas siguiendo un procedimiento totalmente protocolizado: limpieza y curetaje de las heridas, administración de la vacuna antitetánica, empleo de antibióticos y colocación de vendaje. Posteriormente el paciente se intervenía quirúrgicamente y pasaba a una unidad de recuperación.

El cirujano jefe era el Comandante Médico Jorge Petit, y fue ayudado en quirófano por el Teniente Médico Alfredo Santana⁵¹. Además de un sobresaliente trabajo quirúrgico, los historiales médicos a juicio del autor son excelentes.

Tras su ingreso en este centro, las bajas no recuperables para el combate eran evacuadas, normalmente en barco⁵² y solo los más críticos en avión, hacia el hospital militar más cercano a su domicilio.

Constatamos que los enfermos diagnosticados de tuberculosis se evacuaban hasta los sanatorios de tuberculosos, mientras que los enfermos psiquiátricos eran trasladados en su mayoría a la Clínica Militar psiquiátrica de Málaga acompañados por un sanitario.

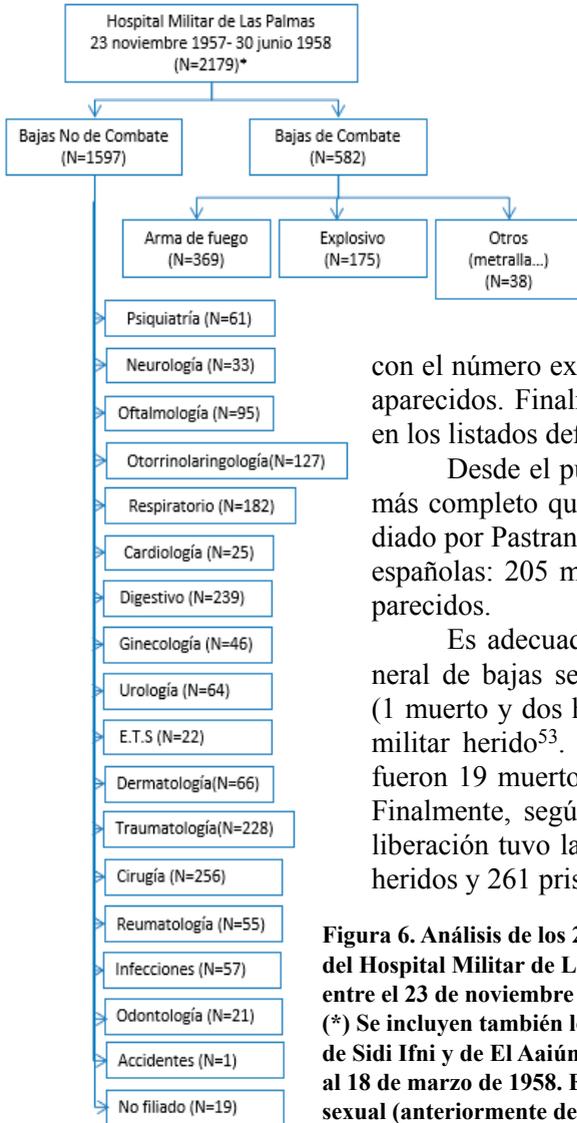
Por último, desde el hospital que había «repcionado» la baja, se notificaba por escrito al Hospital Militar de Las Palmas, el estado del herido (o enfermo) al llegar a su hospital de destino, quedando este oficio en la historia clínica del paciente.

⁵⁰ Archivo General Militar de Ávila. Escrito del 20 de octubre de 1958. Según comunica el Capitán Médico, Jefe de la 2.ª Compañía Expedicionaria del Grupo de Sanidad Militar de la Comandancia General de Ceuta, 9 soldados donaron sangre (volumen 1950 ml en total).

⁵¹ Entrevista al Coronel Médico Alfredo Santana realizada en Las Palmas el 25 de abril de 2019.

⁵² Recorte de prensa (ABC), del 26 de diciembre de 1957, página 41: “Llegaron a Sevilla veintiséis heridos de Ifni” en el barco “Ciudad de Palma, precedentes de Las Palmas. Recorte de prensa del 31 de diciembre de 1957: “Veinticuatro heridos en los combates de Ifni llegan a Málaga a bordo del vapor Ernesto Anastasio”. Disponible en: Asociación de Veteranos de Ifni del levante español.

ANÁLISIS DE LAS BAJAS EVACUADAS DESDE ZONA DE OPERACIONES HASTA EL HOSPITAL MILITAR DE LAS PALMAS



Cuantificar el número de bajas en un conflicto siempre resulta controvertido. La guerra de Ifni-Sahara no es una excepción. Los motivos para esta afirmación son varios. En primer lugar, las fechas de inicio y final de la contienda son variables. En ocasiones, las fuentes primarias no coinciden

con el número exacto de fallecidos, heridos y desaparecidos. Finalmente hemos encontrado errores en los listados definitivos de bajas.

Desde el punto de vista del autor, el trabajo más completo que aborda este tema ha sido estudiado por Pastrana, que detalla las siguientes bajas españolas: 205 muertos, 573 heridos y 166 desaparecidos.

Es adecuado destacar que en el listado general de bajas se encuentran 3 oficiales médicos (1 muerto y dos heridos) y un soldado de sanidad militar herido⁵³. Las bajas en el ejército francés fueron 19 muertos, 30 heridos y 3 desaparecidos. Finalmente, según el mismo autor el ejército de liberación tuvo las siguientes bajas: 451 bajas, 76 heridos y 261 prisioneros.

Figura 6. Análisis de los 2179 historiales clínicos del Hospital Militar de Las Palmas comprendidos entre el 23 de noviembre de 1957 a 30 de junio de 1958. (*) Se incluyen también los historiales clínicos del Hospital de Sidi Ifni y de El Aaiún del 23 de noviembre de 1957 al 18 de marzo de 1958. ETS: Enfermedad de transmisión sexual (anteriormente denominada enfermedad venérea)

⁵³ Los oficiales médicos eran: Francisco Amor Bouzas, José Freixas Otto y Emilio Villa Gil (por tanto, el 10 % de las bajas de oficiales durante el conflicto corresponden a médicos militares). El soldado de sanidad militar Mariano Asencio García fue herido el 5 de diciembre de 1957.

Tras el estudio de los historiales clínicos del hospital de Sidi Ifni, el hospital de El Aaiún y del Hospital Militar de Las Palmas comprendidos desde el 23 de noviembre de 1957 al 30 de junio de 1958, afirmamos que se atendieron a 2.179 pacientes⁵⁴ (ver fig. 6).

El 95,91 % fueron varones, mientras que el 4,09 % restante eran mujeres. El 80 % tenían una edad comprendida entre los 20 y 25 años. La mayoría pertenecían al Ejército de Tierra, seguidos de la Armada, el Ejército del Aire, Policía y Guardia Civil (ver fig. 7). Además, fueron tratados en el Hospital Militar de las Palmas 128 familiares de militares y personal civil relacionado con el estamento castrense.

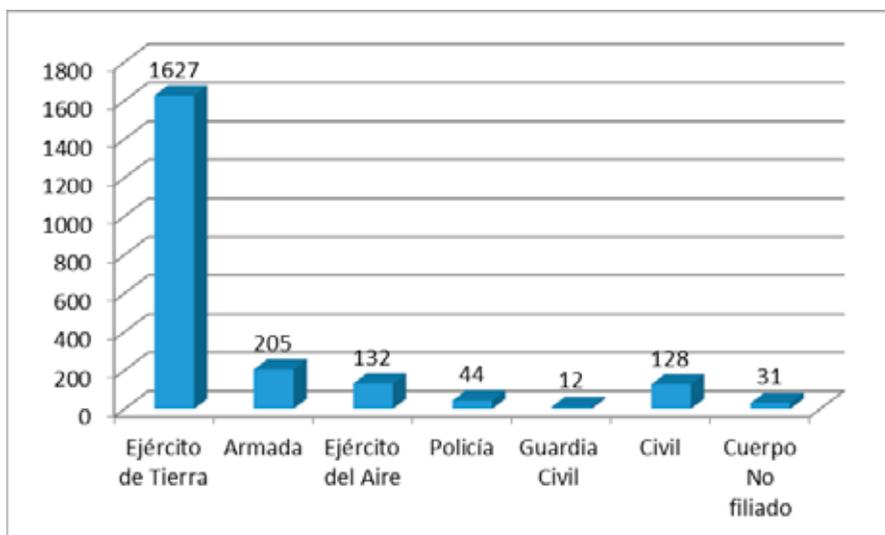


Figura 7. Distribución por ejército de procedencia de los pacientes atendidos en el Hospital Militar de Las Palmas, hospital de Sidi-Ifni y hospital de El Aaiún, comprendidos entre el 23 de noviembre de 1957 a 30 de junio de 1958

El 73 % de los atendidos fueron por causa no de combate, mientras que el 27 % sí que estaban relacionados con los enfrentamientos contra el enemigo. El agente lesivo más prevalente en estas bajas de combate fue el arma de fuego, seguido de los explosivos. (ver fig. 8). En orden decreciente las áreas anatómicas más afectadas fueron: miembros inferiores (41 %), miembros superiores (27 %), cabeza (15 %), tórax (14 %) y abdomen (3 %) (ver fig. 9).

⁵⁴ Archivo de la Inspección General de Sanidad en Madrid, desde Caja 157, 1957 ABV hasta Caja 175, 1958 STUZ.



Figura 8. Análisis de las bajas de combate por agente lesional

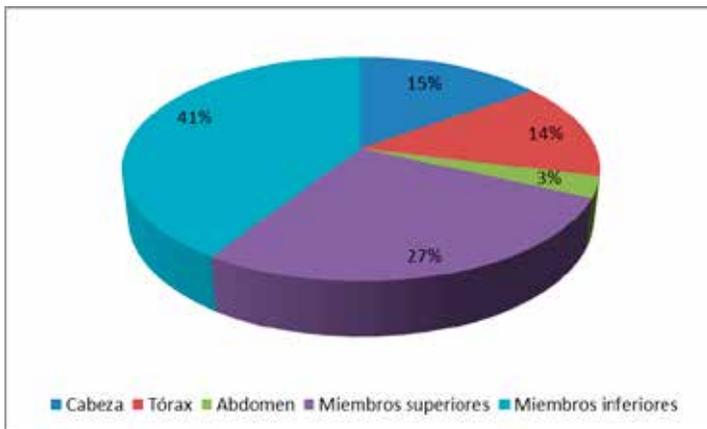


Figura 9. Análisis de las bajas de combate por zona anatómica lesionada

Por último, las bajas no de combate fueron diagnosticados de: cirugía (16,03 %), digestivo (14,97 %), traumatología (14,28 %), respiratorio (11,40 %), otorrinolaringología (7,95 %), oftalmología (6 %), dermatología (4,13 %), urología (4,01 %), psiquiatría (3,8 %), infectología (3,57 %), reumatología (3,44 %), ginecología (2,88 %), cardiología (1,56 %), enfermedad de transmisión sexual (1,38 %), estomatología (1,3 %) y accidentes (0,06 %) (ver fig. 10). Según la codificación EpiNATO-2 (AMedP-4.1) *January* 2017, podemos identificar las siguientes categorías como las más frecuentes: 22-Lesiones producidas por guerra/operaciones (27 %), 11-Enfermedades del aparato digestivo (13 %), 3-Otras enfermedades infecciosas

(11 %), 20-Lesiones durante el entrenamiento (10 %), 18-Otras enfermedades y síntomas no clasificados en otras categorías (7 %) y 8-Enfermedades del tracto respiratorio inferior (6 %) (ver fig. 11). Si seguimos la codificación CIE-10 las categorías más destacadas son: V+Y-Causas externas de morbilidad y mortalidad (29 %), K-Enfermedades del aparato digestivo (14 %) y A+B-Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (12 %), H-Enfermedades del ojo y sus anexos y enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (10 %), S+T-Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa (8 %) y J-Enfermedades del aparato respiratorio (7 %). La codificación de las enfermedades según CIE-10 de nuestro estudio quedan reflejadas en la figura 12.

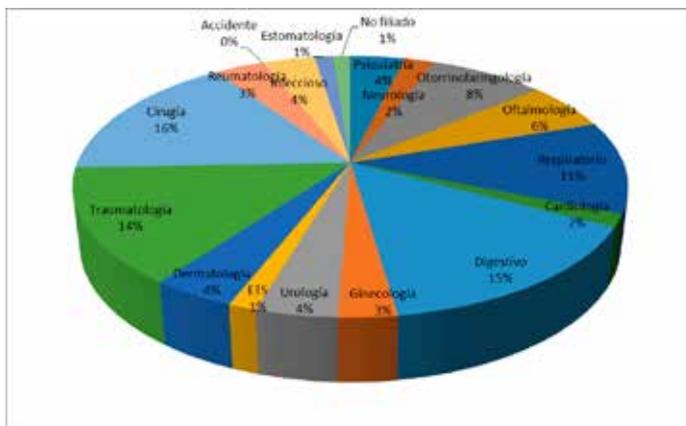


Figura 10: Análisis de las bajas no de combate por especialidad involucrada

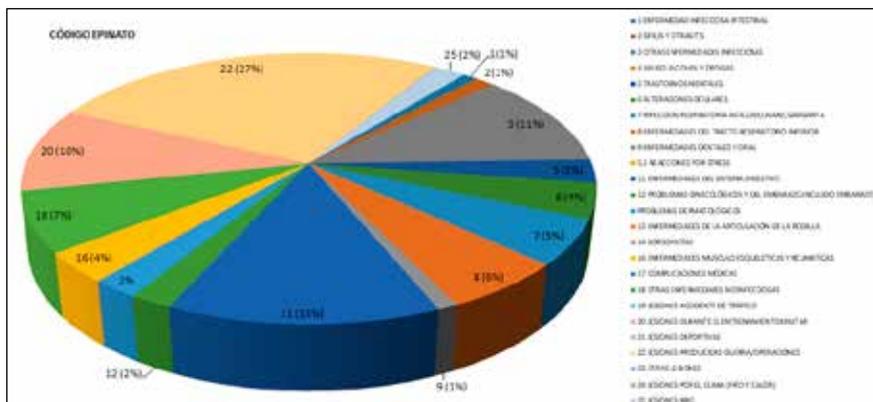


Figura 11. Análisis de bajas totales según el código EpiNATO-2 (AMedP-4.1) January 2017

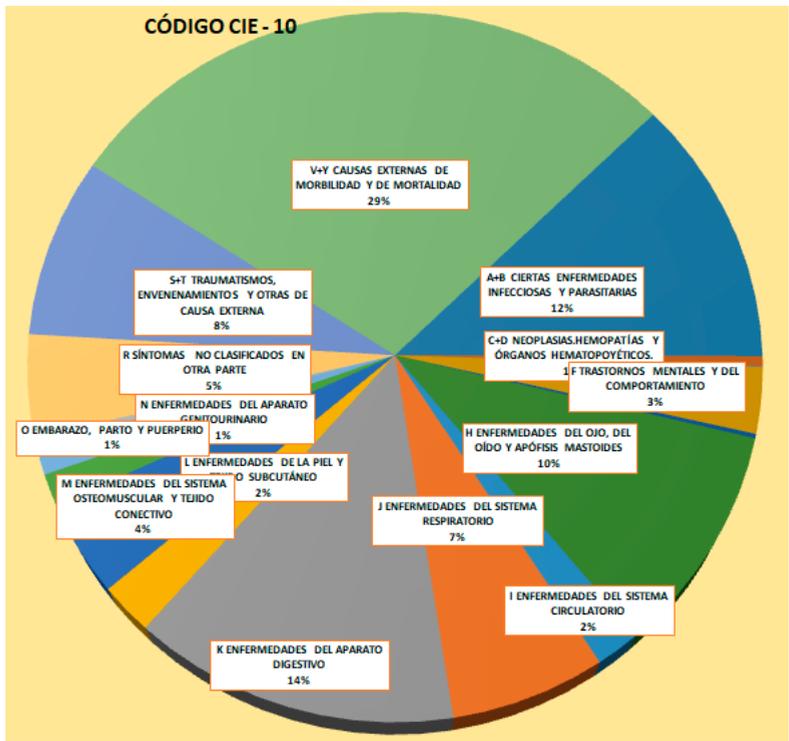


Figura 12: Análisis de bajas totales según el código CIE-10

Desgraciadamente, el autor no ha podido recuperar los historiales clínicos de los militares atendidos en los hospitales de Sidi Ifni, Villabens, El Aaiún y Villacisneros a pesar de revisar el Archivo de Alcalá de Henares de administraciones públicas.

Posiblemente, al tratarse de información médica, la documentación clínica fue destruida, se le entregó en mano a los pacientes o se perdió durante la retrocesión de los territorios. Al menos la documentación de algunos de ellos (heridos y enfermos evacuados hasta el Hospital Militar de Las Palmas) no se ha extraviado.

No obstante, existe un legado de la Capitanía General de Canarias que recopila las bajas en combate atendidas en el Hospital de Sidi Ifni y de El Aaiún desde el 23 de noviembre de 1957 hasta el 18 de marzo de 1958. Aunque la información clínica es menor que la encontrada en el Hospital Militar de Las Palmas, consideramos que los datos recogidos también son interesantes. Este listado recoge 182 bajas de combate. Ciento veintidós militares ingresaron en el hospital de la ciudad de Sidi Ifni, de ellas 39 fueron

evacuados al Hospital Militar de Las Palmas. De este hecho se deduce que 83 bajas permanecieron en el hospital de Sidi Ifni sin ser evacuados a un segundo hospital. También se refleja que 9 bajas ingresaron en el hospital de El Aaiún y 16 directamente en Las Palmas (sin estar reflejado el hospital de procedencia). De las 182 bajas fallecieron 56 (35 en Ifni y 21 en El Aaiún/Las Palmas) (ver figs. 13 a 16).



Figura 13. Traslado de un herido hasta el hospital. Nótese el empleo del tipo de camilla para esta maniobra. Fotografía de J. Marimón cedida al autor



Figura 14. Diversos modelos de ambulancias empleadas por el Ejército de Tierra español durante el conflicto de Ifni-Sahara de 1957-58. Las dos imágenes de la izquierda pertenecen a la colección del autor, mientras que los fotogramas de la derecha son de filmoteca nacional (el autor está autorizado a su publicación por adquirir los derechos de autor)



Figura 15. Intervención de una baja de combate en el hospital de Ifni durante el conflicto. Se aprecia a dos cirujanos, un anestesista, un enfermero instrumentista y dos religiosas. Es un fotograma de la filmoteca nacional (el autor está autorizados a su publicación por adquirir los derechos de autor)



Figura 16. Detalle de la transfusión de hemocomponentes de una baja de combate en el hospital de Ifni durante el conflicto. Se aprecia a una religiosa tomando el pulso y al anestesista en la cabecera del enfermo. Es un fotograma de la filmoteca nacional (el autor está autorizados a su publicación por adquirir los derechos)

De las 2.179 historias clínicas analizadas, 163 casos fueron pacientes de la plaza de las Palmas (civiles y militares residentes en las Palmas). Podemos estimar entonces que los 2.016 casos restantes fueron militares evacuados desde el África Occidental Española.

LOS PRISIONEROS Y LA SANIDAD MILITAR

Las guerras no terminan cuando se firma la paz, sino cuando todos los participantes están a salvo en sus hogares. Cuarenta compatriotas (incluidos una mujer y dos niños) fueron hechos prisioneros por el enemigo. Sus testimonios revelan crueldad y una ausencia total de asistencia médica durante los dos años que duró su cautiverio⁵⁵ ⁵⁶. Las Fuerzas Armadas españolas también apresaron a combatientes enemigos. Fueron recluidos en dos campos de concentración localizados en Las Palmas y Fuerteventura. En este caso y siguiendo la normativa vigente, los prisioneros sí que se sometieron a reconocimientos realizados por médicos militares españoles y se les proporcionaron medidas higiénicas y sanitarias en una tienda destinada para ello.

LECCIONES IDENTIFICADAS DEL CONFLICTO POR LA SANIDAD MILITAR

La Sanidad Militar identificó los errores cometidos en la guerra. En los informes finales del conflicto se detalla la necesidad de mejorar el aprovisionamiento sanitario y se destaca la importancia de que los soldados contasen con los medios y conocimientos necesarios para prestar la primera asistencia sanitaria al combatiente.

Una correcta alimentación, una hidratación abundante, un vestuario y calzado adecuado fueron factores primordiales con repercusión médica.

Además, se consideró absolutamente recomendable contar con capacidad quirúrgica en vanguardia, coordinada con una rápida evacuación hacia posiciones más a retaguardia.

Estas medidas fueron parcial o totalmente implementadas en años posteriores creándose doctrina española para el apoyo sanitario en terreno desértico.

En el plano político-estratégico, el General Médico Leandro Martín Santos abogó al terminar el conflicto por la necesidad de fusionar la Sanidad Militar en un único Cuerpo, objetivo que finalmente se cumplió varias décadas después y se fusionó el petitorio farmacológico de las tres sanidades militares⁵⁷.

⁵⁵ Archivo General Militar de Ávila, Caja 32732, 1,1 y 2. Relación nominal del personal detenido o hecho prisionero antes del 10 de febrero de 1958.

⁵⁶ Archivo General Militar de Ávila, Caja 32723,2,1, Carpeta 15. Cruz Roja en el conflicto.

⁵⁷ Orden de 29 de octubre de 1962 sobre implantación de nuevo Petitorio de Farmacia para las Fuerzas Armadas, publicado en B.O núm 151 de 18 de diciembre de 1962, página

A nivel operacional, se dotó a las aeronaves de botiquín de vuelo, a las unidades paracaidistas de elementos sanitarios, se modificaron las ambulancias a jeep⁵⁸, se solicitaron aeronaves con fines sanitarios para el África Occidental Española⁵⁹ y se incrementaron las camas hospitalarias en zona de operaciones.

Finalmente, hemos comprobado en persona como medio siglo más tarde muchas de estas lecciones identificadas han seguido vigentes durante el conflicto de Afganistán.

Además, el autor considera que este aprendizaje también puede ser necesario en un probable despliegue quirúrgico en el Sahel, área geográfica perteneciente a la misma zona de operaciones donde ocurrió el conflicto descrito.

Han tenido que transcurrir más de 60 años para que, el Gobierno de España, según el Real Decreto 325/2021 de 13 de mayo de 2021, compense económicamente a los militares que allí combatieron. Nos congratulamos de esta ayuda⁶⁰ y esperamos que se siga apoyando de forma transversal y multidisciplinar a todos nuestros veteranos de diferentes conflictos tal y como ocurre en otras naciones occidentales.

Por último, este estudio pretende rendir homenaje a todos los militares que lucharon en este conflicto, algunos perdieron allí su vida, otros su salud, pero todos ellos combatieron en Ifni y Sahara por España.

CONCLUSIONES

La guerra de Ifni-Sahara de 1957-58, a pesar de ser considerada un conflicto de baja intensidad, supuso un reto para la sanidad militar española. Los primeros momentos de saturación de las capacidades sanitarias dieron paso a una fase caracterizada por un refuerzo urgente de personal y material permitiendo una aceptable atención médica acorde a los medios de esa época.

Los primeros saltos paracaidistas en combate realizados por médicos y practicantes militares, la evacuación precoz con aeronaves (por primera vez se emplea un helicóptero militar), el tratamiento continuado de la

1422-1433.

⁵⁸ Archivo General Militar de Ávila 30354, Carpeta 17. Escrito 18 de febrero de 1959 y Archivo General Militar de Ávila 30357, Carpeta 15

⁵⁹ Director General de Plazas y Provincias Africanas, Secd. De AOE, Exp. 51-1-B, Registro de salida n.º 3192, escrito del 9 de abril de 1958.

⁶⁰ Boletín Oficial de Defensa del jueves 13 de mayo de 2021, RD 325/2021 de 11 de mayo, por el que se regula la concesión directa de ayudas a participantes en la campaña militar de 1957-1959 en el territorio de Ifni-Sahara y se aprueba la convocatoria de dichas ayudas.

baja de combate, la cirugía del control del daño en las tres cavidades, la comunicación sanitaria encriptada, el abastecimiento de medios sanitarios, una impecable documentación clínica y las misiones de carácter médico son algunas de las peculiaridades que definen la atención sanitaria en este conflicto.

Los principales motivos de evacuación de las bajas desde el África Occidental Española hasta el Hospital Militar de Las Palmas no estaban relacionados directamente con el combate. El 26 % sí que estaban vinculados con los enfrentamientos contra el enemigo, siendo el arma de fuego el agente lesivo más prevalente y los miembros inferiores la zona anatómica más frecuentemente afectada.

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO DEL BARRIO, J.E.: *Sahara-Ifni ¿Encrucijada o abandono? 1956-1963*. Mira Editores. Zaragoza, 2010, pp. 233-577.
- BOURDON, C.: *La primera bandera y el primer escuadrón paracaidista del Ejército del Aire (1947-1965)*. Editorial Bourdon. Madrid, 2013, pp. 83-84.
- CANALES, C.: *La campaña del Sahara (1957-58) una dura lección en el desierto*. Ristre Colección de Historia Militar. Madrid, 2008, pp. 58-59.
- DE UGARTE, M.: *Entre Junkers y «Buchones»*. Galland Books editorial. Madrid, 2008, pp. 44-45.
- del Campo García-Blanco, J.M.: *De Melilla al Sahara Español (Villa Cisneros 1957/58). Un año con el Batallón de Cabrerizas*. Carlos Fundación Gaselec. Melilla, 2006, pp. 50-51.
- DEL REY, M. y CANALES, C.: *Sahara la provincia olvidada*. Edaf. Madrid, 2018, pp.91-192.
- HERNÁNDEZ DE MIGUEL, C.: *Los campos de concentración de Franco, sometimiento, torturas y muerte tras las alambradas*. Penguin Random House Grupo Editorial. Barcelona, 2019, pp. 450-455.
- MAÑES PRADAS, J.P.: «Evolución de los botiquines en aviones del Ejército del Aire», en *Boletín Interactivo de Farmacia Militar*, núm. 2 (2018), pp. 51-60.
- MARTÍNEZ, J.A.; MONTERO, J.A. y LUPIANI, M.: *Hospital Militar O'Donnell de Ceuta. 100 años de historia. 2 de septiembre (1913-2013)*. Editado por el Ministerio de Defensa. Madrid, 2014, pp.72-74.
- MARTÍN-SANTOS, L.: «La Sanidad Militar en España. Sus objetivos próximos», en *Revista Ejército*, núm. 239 (1959), pp. 27-30.
- MASSONS, J.M.: *La Sanidad Militar en los territorios del África occidental española*. Ediciones Pomares-Corredor. Barcelona, 1994, pp. 563-565.
- ORTIZ DE RIVERO, M.: «Resumen estadístico-sanitario del Hospital Central del África Occidental Española», en *Sidi Ifni*, años 1949-1954, Instituto de Estudios Africanos. Madrid, 1955, pp. 3-55.
- PASTRANA PIÑERO, J.: *Arde el desierto, 1957: La guerra de Ifni-Sahara y la lucha por el poder en Marruecos*. Nowtilus. Madrid, 2017, pp. 358-359.
- PÉREZ ARIAS, J.M.: «Ifni y la presencia española en el territorio», en *Revista Ejército*, núm. 932 (2018), pp. 6-8.
- Ponte Hernando, F.J.; Rodríguez Botana, B. y Álvarez Fernández de Arroyabe, N.: «El doctor D. Manuel Gómez-Durán Martínez (1898-1984),

general, laureado y académico de Medicina», en *Revista de Sanidad Militar*, núm. 74 (2018), pp.120-133.

RIVAS, M.: *La Sanidad Naval española*. Editorial Bazán. El Ferrol, 1995.

RODRIGO, J.: *Políticas de Violencia, Europa, siglo XX*. Prensas de la Universidad de Zaragoza. Zaragoza, 2014, pp. 436-443.

SAUMELL BONETT, J.E.: «Enfermería militar profesional del Ejército del Aire (1939-1989)» [tesis doctoral]. Universidad de Alicante, 2019.

Anexo 1: Principales fuentes bibliográficas, documentales y multimedia consultadas para realizar este estudio. No se han podido incluir el resto por exigencias de extensión de este documento.

Fuentes bibliográficas (principales)

Pastrana Piñero, J. *Arde el desierto, 1957: La guerra de Ifni-Sahara y la lucha por el poder en Marruecos*, Madrid, Nowtilus, 2017;

Ramiro Santamaría. *Ifni-Sahara la guerra ignorada*. Ediciones Dysrsa. 1984. Madrid; José Belles Gasulla. *Cabo Jubi-58. Memorias de un Teniente de Infantería en la Campaña Ifni-Sahara*. Editorial San Martín. 1991;

Rafael Casas de la Vega. *La última guerra de África (Campaña de Ifni-Sahara)*. Colección ADALID. Ministerio de Defensa 2008.

Alfredo Bosque Coma. *Guerra de Ifni. Las Banderas Paracaidistas. 1957-1958*. Ediciones Almena. Madrid. 1998.

Fuentes documentales (principales)

Archivo General Militar de Ávila: C.37540; C.30354,7; C.30357,14; C.30357,16; C.30430,27; C.30557,22; C.30583,10

Archivo del Museo Naval en Madrid: Carpeta Guerra-Ifni Sahara.

Archivo del Ejército del Aire de Villaviciosa de Odón (Madrid): Boletín de Información n.º 79 a n.º 87. Diario de Operaciones de Ifni-Sahara 1957-8; N1613; N1614; N1615; N1616; N1617; N1618; N1619; N1620; N1623, A7741-3

Archivo General de la Administración de Alcalá de Henares (Madrid): 53/44.101-46.106; ES.28005/AGA/2.2.1.1.1.16

Archivo de la Inspección General de Sanidad de la Defensa (Madrid): Caja 157, 1957 ABV hasta Caja 175, 1958 STUZ.

Centro de Documentación, Oficina Central, Cruz Roja Española (Madrid): Libros de Memorias 1953-1959.

Archivo histórico de Filmoteca Española, Paracaidistas en Ifni 1957-1958. Minuto 33-37.

Anuario Estadístico Militar. Alto Estado Mayor. Servicio de Estadística Militar. Año 1957.

Escalilla del Cuerpo de Sanidad Militar. Ministerio del Ejército. Dirección General de Reclutamiento y Personal. 1.º de enero de 1957.

Escalafón del Cuerpo de Oficiales de la Armada. Ministerio de Marina. Año 1957.

Escalafón de Aviación Militar. Ministerio de Aviación. Año 1957.

ORTIZ DE RIVERO, M., «Resumen estadístico-sanitario del Hospital Central del África Occidental Española, en Sidi Ifni Años 1949-1954, Madrid, Instituto de Estudios Africanos, 1955, pp. 3-55.

Fuentes multimedia (principales)

www.sidi-ifni.com

amigosdeifni.org

www.avile.es

Anexo 2: Primera compañía expedicionaria de Sanidad Militar
(Archivo General Militar de Ávila. Caja 3035, Carpeta 4.)

1.- Personal: TOTAL: 143	Capitán: 1
	Tenientes: 3
	Brigadas: 1
	Sargentos: 5
	Cabos Primeros: 2
	Cabos: 19
	Soldados de Primera: 8
	Corneta: 1
	Soldados: 103
2.- Ganado: TOTAL: 18	Caballos: 1
	Mulos: 17
3.- Armamento y munición	Fusiles 7,92 mm: 133
	Machetes: 133
	Correajes: 133
	Subfusiles: 4
	Pistolas 9 mm largo: 4
	Cartuchos 7,92 mm: 12.800
Cartuchos 9 mm largo: 1.500	
4.- Vehículos	Ambulancias: 4
	Estufa automóvil: 1
	Camiones: 3

5.- Material de Higiene	Cuadro de duchas portátil, completo: 1
	Formógenos: 2
	Pulverizadores de mochila: 2
	Lanza polvos de fuelle: 3
	Lanza polvos de émbolo «Telle» con juego de boquillas: 5
	Palas: 6
	Picos: 6
	Regadera: 1
	Bolsas de lona: 4
	Pares guantes de goma: 4
	Pares botas de goma: 4
	Insecticida «cuchol»: 100 Kg
	Insecticida emulsión Condor: 12 litros
	Litros de alcohol: 4
	Litros de Formol: 16
	Raticida «Tomorín»: 5 Kg
	Pastillas esterilizante de aguas (Hidrosteril) del nº1: 50.000
	Pastillas esterilizante de aguas (Hidrosteril) del nº2: 50.000
	Rollos de papel engomado para calafateo: 2
6.- Material de montaña	Cargas artolas sencillas: 6
	Cargas artolas literas: 3
	Bastes universales: 5
	Bidones: 14
	Collares: 18
	Mantas: 18
	Cinuelos: 18
	Botiquín de campaña completo (2 cajas): 1
	Repuesto de botiquín de campaña completo (2 cajas): 1
	Morrales de pienso: 12
	Bolsa de herraje completa: 1
	Montura completa: 1
7.-Material de evacuación a mano	Camillas completas: 24
	Porta camillas: 48
	Bolsa de socorro: 3

8.– Material de acuartelamiento	Mantas: 153
	Sábanas: 40
	Fundas de cabezal: 20
	Colchonetas: 10
	Cabezales: 10
9.– Menaje de cocina	Bidones con grifo de 200 litros: 2
	Barreño de 200 plazas con tapa: 1
	Perola de 300 plazas: 1
	Perola de 200 plazas: 1
	Bareño de 300 plazas: 1
	Molinillo de café: 1
	Hachas: 2
	Romana: 1
	Embudos: 2
	Colador: 1
	Sartenes grandes: 2
	Sartén pequeña: 1
	Ollas: 2
	Cazuela: 1
	Cafetera: 1
	Colador de café: 1
	Besugueras: 2
	Batidor: 1
	Cacillos: 4
	Espumaderas grandes: 4
	Bandeja de prueba: 1
	Tronzador: 1
	Lima: 1
	Alicate de tronchar: 1
	Cubos: 3
	Mazos: 2
	Cuñas: 2
	Cazo grande: 1
	Caja con cuatro cuchillos de cocina y una barra de acero de afilar: 1
	Platos grandes de Duralex: 3
	Plato pequeño de Duralex: 1
	Vaso de loza: 1