

# La sanidad del Ejército de Tierra español durante la guerra de Ifni-Sáhara (1957/1958)

Navarro-Suay, R.<sup>1</sup>, López-Soberón E.<sup>2</sup>, Lara-López P.<sup>3</sup>, García-Cañas R.<sup>4</sup>, Tamburri-Bariaín R.<sup>5</sup>, Gilsanz-Rodríguez F.<sup>6</sup>

*Sanid. mil.* 2023; 79 (4): 251-265, ISSN: 1887-8571

## RESUMEN

El esfuerzo generado por parte de la Sanidad Militar del Ejército de Tierra durante la guerra de Ifni-Sáhara de 1957 y 1958 fue considerable ya que fue un conflicto predominantemente terrestre. Todas las unidades militares del Ejército de Tierra contaban con facultativos o enfermeros pertenecientes a ese ejército, en las plantillas de los hospitales norteafricanos había oficiales médicos, algunos medios de evacuación empujados fueron sobre ruedas, se enviaron unidades expedicionarias de Sanidad Militar a zona de operaciones que permitieron la realización de las operaciones terrestres, se empleó por primera vez la telemedicina táctica, varias promociones de médicos militares fueron destinadas al conflicto y el Hospital Militar Central Gómez Ulla de Madrid sirvió de apoyo a la campaña, tanto desde un punto de vista asistencial, como docente e investigador.

**PALABRAS CLAVE:** Medicina militar, Guerra Ifni-Sáhara.

## Spanish army medical corps during Ifni-Sáhara war (1957/1958)

### SUMMARY

The effort generated by the Army Medical Corps during Ifni-Sahara war (1957-1958) was considerable, because it was a predominantly land conflict. All the Spanish Army units had physicians or nurses posted to that army, there were medical officers working in North African hospitals, some evacuation vehicles employed were on wheels, expeditionary medical units were sent to operation area allowing ground operations could be performed, tactical telemedicine was employed for the first time, several military doctors were assigned to the territory and Gómez Ulla Central Military Hospital in Madrid served as support for the campaign, from care, teach and research point of view.

**KEYWORDS:** Military medicine, Ifni-Sahara war.

## 1. INTRODUCCIÓN

El conflicto ocurrido en los territorios españoles de Ifni y Sáhara desde el 23 de noviembre de 1957 hasta el 30 de junio de 1958 está considerado como nuestro último conflicto armado. Tras los ataques iniciales llevados a cabo por fuerzas independentistas marroquíes sobre la ciudad norteafricana de Sidi Ifni y poblaciones próximas, se dio paso a un refuerzo urgente de unidades mili-

tares desde Canarias y la Península que permitieron afianzar las posiciones españolas y realizar operaciones de socorro a los puestos cercados del interior del territorio. Posteriormente, el esfuerzo principal del enemigo se orientó hacia la provincia del Sáhara, originando combates en las proximidades de El Aaiún.

Finalmente, gracias a acciones conjunto-combinadas con fuerzas militares francesas, se logró expulsar al enemigo del Sáhara español y estabilizar la zona. España cedió parte de la provincia de Ifni y Villabens a Marruecos, pero mantuvo la ciudad de Sidi Ifni hasta 1969 y el Sáhara español hasta la descolonización total del territorio ocurrida en 1975<sup>1</sup> (figura 1).

Fue un conflicto eminentemente terrestre que ocasionó que unidades del Ejército de Tierra español pertenecientes a Infantería, Caballería, Artillería, Ingenieros e Intendencia fueran desplegadas en el territorio entrando en combate muchas de ellas. La Sanidad Militar jugó un papel trascendental debido al elevado número de bajas generadas durante este periodo. El escalonamiento sanitario comenzaba en la línea del frente, continuaba en los hospitales de las provincias africanas, proseguía en el Hospital Militar de Las Palmas y terminaba en los diferentes hospitales militares de la península.

El esfuerzo generado por parte de la Sanidad Militar del Ejército de Tierra fue considerable. Todas las unidades militares terrestres contaban con facultativos o enfermeros integrados en ese ejército, en las

1. Teniente coronel médico. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid (España)

2. Teniente coronel médico. Servicio de Cardiología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid (España).

3. Teniente médico. Servicio de Sanidad. Unidad Militar de Emergencias, Torrejón de Ardoz (España).

4. Comandante médico. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid (España)

5. Teniente coronel médico. Servicio médico de la Casa de S. M. el Rey. Guardia Real, El Pardo (España).

6. Catedrático. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid (España).

**Dirección para correspondencia:** Ricardo Navarro Suay, Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Glo-rieta del Ejército 1. 28047 Madrid. España. r\_navarro\_suay@yahoo.es

Recibido: 2 de junio de 2023

Aceptado: 9 de noviembre de 2023

DOI: 10.4321/S1887-85712023000400007

plantillas de los hospitales norteafricanos había oficiales médicos, algunos medios de evacuación empleados fueron sobre ruedas, se enviaron unidades expedicionarias de Sanidad Militar a la zona de operaciones que permitieron la realización de las operaciones terrestres, se empleó por primera vez la telemedicina táctica, varias promociones de médicos militares fueron destinadas al territorio y el Hospital Militar Central Gómez Ulla de Madrid sirvió de apoyo a la campaña, tanto desde un punto de vista asistencial, como docente e investigador.

El objetivo del presente estudio es describir la Sanidad Militar del Ejército de Tierra durante el conflicto, analizar el apoyo sanitario durante las operaciones de combate terrestres y cuantificar el número de bajas de médicos militares durante esa guerra. Para ello se emplean fuentes primarias, secundarias y entrevistas estructuradas a veteranos del conflicto.

## 2. LA SANIDAD MILITAR DEL EJÉRCITO DE TIERRA EN LOS AÑOS CINCUENTA.

La lista en revista del Cuerpo Militar de Sanidad a principios del año 1957 era de 1.443 médicos integrados en diferentes escalas y 220 practicantes<sup>2</sup>. El Ejército de Tierra contaba con 17.969 camas de hospitalización distribuidas en setenta y cuatro centros sanitarios y cuatro clínicas psiquiátricas por toda la geografía nacional<sup>3</sup>.



Figura 1. Zona de operaciones. Tomado de: López-Pozas JC. La guerra de Ifni-Sahara (1957-1958) y el conflicto del Sahara de 1975. RUHM 2013; 3(2): 72- 93

El Hospital Militar Central Gómez Ulla era el centro hospitalario con más capacidad de los que contaba el Ejército de Tierra a mediados de siglo (figura 2). Constaba de catorce pabellones clasi-



Figura 2. Una panorámica del Hospital Militar Gómez Ulla de Madrid en la década de los años cincuenta del siglo pasado. Servicio fotográfico del hospital. Revista de Medicina Militar 1996;52(2):216

## La sanidad del Ejército de Tierra español durante la guerra de Ifni-Sáhara (1957/1958)

ficados en: medicina, cirugía, especialidades, de jefes, oficiales y familias, servicios generales, desinfección, viviendas, talleres diversos, destacamento de tropas de sanidad, pabellón de hermanas de la caridad, capilla, garajes, etc. Además del cometido asistencial, el hospital tenía una importante función docente e investigadora, ya que oficiales médicos de los tres ejércitos y médicos civiles adquirirían su práctica especializada<sup>4,5</sup>.

### 3. LA SANIDAD MILITAR DEL EJÉRCITO DE TIERRA EN ZONA DE OPERACIONES ANTES DEL CONFLICTO

Desde un punto de vista sanitario, los territorios del África Occidental Española (AOE): Ifni —Sidi 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<sup>6</sup> (figuras 3 y 4). 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 esta última y la dirección recaía en médicos 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 hospitalaria.

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 localidad. Junto con

algún otro funcionario, 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<sup>7</sup>.

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) (figura 5). 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.

Si las capacidades de los hospitales eran insuficientes para atender a los enfermos, se procedía a evacuarlos por vía aérea hasta la Base Aérea de Gando (Gran Canaria) y desde allí en ambulancia hasta el Hospital Militar de Las Palmas<sup>8</sup>.

En la década de los años 50 del siglo pasado, se aprobaron varios proyectos para mejorar instalaciones sanitarias ya construidas o implementar otras nuevas en territorios carentes de las mismas. El proyecto original estaba encaminado a edificar un centro sanitario local en el territorio de Ifni y otro en El Aaiún. Se partía de un programa mínimo pero suficiente para cubrir las necesidades sanitarias del momento en esos poblados, en donde no era previsible un extraordinario aumento de habitantes, dadas las características raciales y de los medios habituales de vida de los hombres que formaban el pueblo nómada de desierto.

Fundamentalmente se consideraban este tipo de centros como dispensario en el que se prestaría asistencia de enfermería para los enfermos no graves y de intervención quirúrgica de casos urgentes.



**Figura 3.** 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)



**Figura 4.** *Imágenes del interior del hospital de El Aaiún: despacho médico, laboratorio de análisis clínicos, sala de rayos X, sala de musulmanes, quirófano, sala de curaciones, consulta de oftalmología y otorrinolaringología. Colección de uno de los autores (RNS)*

Si fuese necesario, se procedía a la evacuación del enfermo crítico a un hospital central.

El centro sanitario se componía de tres elementos fundamentales:

1. El que podemos llamar dispensario, formado por salas de reconocimiento y curas menores, dormitorios para médicos y enfermeras, salas de consulta para las especialidades más demandadas (venéreo, dermatología, oftalmología y odontología), así como una pequeña área para el equipo quirúrgico que comprende quirófano, sala de anestesia y local de esterilización de instrumental, apósitos, etc.
2. Enfermería para hospitalización de aquellos enfermos que no sea preciso evacuar, con una capacidad de doce camas. Estaría dotada de cocina, almacén, lencería, cuartos de lavado, desinfección de ropa sucia y plancha.
3. Farmacia, de capacidad suficiente para las atenciones del centro.

Se establecían además un departamento para los servicios sociales, recepción, fichaje, archivo, salas de espera separadas para mujeres y hombres, pequeño depósito de cadáveres, servicio de retretes y aseos con completa independencia para el personal médico, empleados, enfermos hospitalizados y de consulta.

El ingreso al centro se efectuaba por la puerta situada en la fachada principal para el dispensario, que a su vez tenía comunicación con la zona de enfermería y por la fachada posterior directamente a esta zona, para aquellos enfermos que debían ser hospitalizados en el acto, teniendo el acceso, amplitud suficiente para la circulación de camillas. En un pabellón contiguo y unido al edificio principal por paso cubierto, se establecía la vivienda para el médico<sup>A</sup>.

El 24 de abril de 1955, el gobernador general Ramón Pardo de Santayana y Suárez, estableció la ordenanza que regulaba la sanidad

del AOE. Los servicios de sanidad de este territorio estaban compuestos por cuatro organismos: Jefatura, Hospital Central de Sidi Ifni, hospitales de Villacisneros y El Aaiún y dispensarios.

La Jefatura de los Servicios de Sanidad era el órgano superior sanitario del AOE. Extendía su jurisdicción sobre todos sus territorios y asumía los siguientes cometidos:

- Dirección, inspección y vigilancia de la sanidad e higiene de los territorios, proponiendo al gobernador general las medidas necesarias para su mantenimiento, tanto en circunstancias ordinarias como en las excepcionales.
- Recoger, compendiar y tramitar toda la documentación sanitaria en la forma reglamentaria.
- Dictar al personal facultativo de los diferentes organismos sanitarios las instrucciones que tenga por conveniente para el mejor desarrollo del servicio (siempre que no impliquen medidas reservadas al gobernador general).
- Informar mensualmente mediante una memoria del estado sanitario de los territorios al gobernador general.
- Proponer al gobernador general el movimiento del personal facultativo y auxiliar que aconsejen las necesidades del servicio.
- Proponer al gobernador general las medidas disciplinarias que procedan respecto del personal facultativo y adoptar las que se refieren al personal auxiliar, así como informar de los permisos y licencias de unos y otros.
- Proponer la distribución de los créditos que para atenciones sanitarias figuran en el presupuesto del AOE, entre los distintos establecimientos sanitarios y hacer de la misma manera las propuestas de gastos de los créditos ordinarios para campañas sanitarias y los extraordinarios que circunstancias excepcionales aconsejen solicitar a la superioridad.



**Figura 5.** *Diversos modelos de ambulancias empleadas por la sanidad militar durante el conflicto. Fotografías de la columna izquierda pertenecen a la colección del autor cedidas por veteranos entrevistados. Las fotografías de la derecha, son fragmentos obtenidos de TVE tras adquirir sus derechos para la reproducción*

- La jefatura de los servicios de sanidad despachará los asuntos con el secretario general, por quien se consultarán al gobernador general las medidas que deben tomarse.
- La jefatura de sanidad desempeñará los cometidos de carácter militar que las disposiciones metropolitanas asignen a las jefaturas de sanidad militar.

El hospital central de Sidi Ifni tenía a su cargo la asistencia médica y quirúrgica de los enfermos cuya curación requería un tratamiento que no podía proporcionarse por los demás centros sanitarios de los territorios. Los directores de los demás hospitales o los jefes de los dispensarios solicitaban directamente a la Jefatura de Sanidad, por el medio que aconsejaba, la urgencia de cada caso o la evacuación de esos enfermos. La Jefatura de Sanidad, una vez tomada la decisión, informaba por medio de la secretaría general y esta al director del hospital central de Sidi Ifni.

Desde un punto de vista administrativo, el hospital dependía de la sección de administración de la secretaría general y remitía las cuentas debidamente justificadas para que fuesen cursadas a los organismos competentes, previo informe de la Jefatura de Sanidad. Para este cometido, existía un administrador del hospital. Asimismo, el centro hospitalario contaba con un reglamento de régimen interior que establecía la organización de los diferentes servicios.

El hospital central del AOE 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, sesenta y nueve por tuberculosis pulmonar y veintiséis 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 traumatizados con lesiones en huesos y articulaciones. Nacieron 345 niños y se realizaron 8.368 análisis clínicos y 13.105 radiografías<sup>7,8</sup>.

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 funcionarial, bastante aislada del exterior, sometida a un clima hostil y con importantes cuadros infectocontagiosos endémicos como la tuberculosis y las enfermedades 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.

Los hospitales de Villacisneros y El Aaiún extendían su asistencia médica y quirúrgica a los enfermos de sus demarcaciones territoriales, cuya curación requiriese un tratamiento que no pudiera ser prestado por los respectivos dispensarios.

Para la evacuación de enfermos o heridos, se seguía las mismas normas establecidas para el hospital de Sidi Ifni, sustituyéndose a la Jefatura de Sanidad y a la Secretaría General, por los directores de los mismos y los delegados gubernativos respectivamente.

Estos dos hospitales dependían, en el orden facultativo, de la Jefatura de Sanidad, la cual dictaba las instrucciones para la organización de los servicios. Los delegados gubernativos de las respectivas zonas eran los inspectores de estos hospitales, entendiéndose con los directores de los mismos y prestaban su colaboración para el mejor cumplimiento de la misión asignada a dichos centros. Las dudas o incidencias que podían surgir entre unos y otros eran sometidas al gobernador general quien las resolvía previo informe de la Jefatura de Sanidad. La administración y contabilidad de estos hospitales era inspeccionada por los delegados respectivos quienes aprobaban las cuentas y las remitían a la subpagaduría de la zona.

En los dispensarios recibían asistencia médica cuantos enfermos se presentasen en los mismos, los que tuvieran la condición legal de pobres o proviniesen de lugares en que no existiesen médicos con consulta abierta al público. Cuando los jefes de los dispensarios estimasen que, por la naturaleza de la enfermedad, un enfermo debía ser asistido en un hospital, solicitaban del director del mismo o del jefe de Sanidad si se trataba del hospital de Sidi Ifni, la oportuna autorización y del delegado respectivo, los medios para llevarla a cabo. Los dispensarios existentes en los territorios estaban afectos a las respectivas delegaciones gubernativas o administración del territorio de Ifni. Dependían de ellos en todos los órdenes, salvo en el facultativo, porque en este aspecto recibían instrucciones de la Jefatura de Sanidad.

Correspondía a los delegados gubernativos y al administrador del territorio de Ifni, el informar y proponer al gobernador general las medidas sanitarias oportunas. Estas propuestas, eran resueltas por el gobernador general tras analizar el informe emitido por la Jefatura de Sanidad.

El Hospital Militar de Las Palmas prestaba asistencia médico-quirúrgica a la Región Militar de Canarias y era el centro receptor de heridos y enfermos de los territorios del AOE. Su presupuesto anual ascendía a 1.119.582 pesetas en el apartado de personal y 3.500 pesetas para material. El coste medio efectivo de la estancia en esta dependencia era de setenta y nueve pesetas. Su categoría sanitaria era de hospital militar de segunda.

Disponía de 130 camas de Cirugía General, quince de Dermato-venereología, veintitrés de Infectología, quince de Otorrinolaringología, 133 de Medicina General, quince de Oftalmología, nueve para enfermos con tuberculosis, siete de Tocoginecología y cincuenta y tres para otras especialidades. El número total de camas ascendía a cuatrocientas.

Contaba con dos quirófanos, dos aparatos de rayos X, dos lámparas de cuarzo, un aparato de diatermia y dos bisturíes eléctricos.

En este centro se encontraban destinados diez médicos militares, dos practicantes, una enfermera, un farmacéutico, doce religiosas de la orden de san Vicente de Paul, doce administrativos y cuarenta y cinco subalternos. En concreto, el número de médicos especialistas era el siguiente: uno de Análisis Clínicos y Anatomía Patológica (militar), un cirujano general (militar), un farmacólogo, uno de

Medicina Interna (militar), un oftalmólogo (civil), un otorrinolaringólogo (civil), un radiólogo (militar), un anestésista y ayudante de quirófano (civil) y tres de medicina general (militares).

Los oficiales de Sanidad Militar debían ser los más obligados a velar por la higiene y salud de la tropa y tenían que informar y proponer a sus respectivos jefes cuantas medidas les sugería su celo profesional para evitar la propagación de las enfermedades infecto-contagiosas. Asimismo, estaban obligados a llevar filiaciones sanitarias de los militares desde su ingreso en el Cuerpo correspondiente hasta que causaran baja en el mismo.

Los oficiales médicos dependían de los jefes de grupo en todo lo referente al gobierno, disciplina, orden interior del mismo y en todo aquello que no sea peculiar de su función técnica. Efectuaban su visita diaria a la tropa que lo necesitase de acuerdo con lo dispuesto en su propio reglamento e informaban al jefe de grupo de las principales incidencias médicas. Cuando sospechaban gravedad en un enfermo o herido que tuviese que ser evacuado, en cuanto el médico militar pudiese, debía personarse en el hospital para visitarlo y enterarse de su estado de salud para posteriormente dar conocimiento a su jefe de grupo.

Los practicantes tenían como principal cometido el auxiliar en el ejercicio de su peculiar función a los oficiales médicos en la asistencia al enfermo y herido, quedando subordinados a ellos en todos los órdenes y cualquiera que fuese su categoría.

Por último, los oficiales veterinarios que seguían su reglamento orgánico desempeñaban su cometido bajo la dirección de los jefes de grupo. Llevaban un libro de altas y bajas de ganado enfermo y terminada la cura de cada día daban parte de las novedades ocurridas al jefe de grupo. Asimismo, vigilaban con el mayor interés cuanto se relacionaba con el herrado del ganado<sup>B</sup>.

#### **4. LA SANIDAD MILITAR DEL EJÉRCITO DE TIERRA DURANTE EL CONFLICTO**

Según se establecía en las normas de Sanidad Militar del momento, en cada batallón, bandera o tabor compuesto aproximadamente por quinientos efectivos, se encontraban destinados 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. El suboficial disponía de una mochila, el sanitario de una cartera, y el resto de los combatientes, al menos teóricamente, de un paquete de cura individual.

Aunque en ocasiones la tropa había 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 por parte del compañero. Si se carecía de este material, se intentaba cohibir la hemorragia con pólvora 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 (figura 6). En ocasiones se emplearon aeronaves para este traslado en el interior del territorio.



**Figura 6.** Imágenes del transporte de circunstancias (camión) de bajas españolas durante el conflicto. Tomadas de filmoteca nacional. Derechos de autor adquiridos por uno de los autores (RNS)

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.

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 sanitarios<sup>C</sup>.

### Unidades expedicionarias de Sanidad Militar

Como apoyo a los escasos efectivos militares españoles que se encontraban en el AOE al inicio de los ataques, 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.

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 de esta ciudad organizase una compañía expedicionaria compuesta por 125 hombres (un capitán médico, tres tenientes médicos, un alférez médico, brigadas practicantes y aproximadamente ciento diez 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 africano.

La llegada a zona de operaciones, 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<sup>D, E, F</sup>.

En 1957 se creó el equipo quirúrgico militar de Ceuta, formado por el capitán médico Ricardo Miralles de los Santos (traumatólogo), el teniente médico 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<sup>G</sup>.

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.<sup>a</sup> 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 veintisiete miembros (un sargento, cuatro cabos segunda y veintidós 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<sup>H, I</sup>.

### Apoyo médico desde Madrid

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

El coronel médico 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 Sáhara, es comisionado entre el 4 y 9 de diciembre de 1957 al AOE 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<sup>J</sup>.

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 frente<sup>K</sup>.

Asimismo, en el Hospital Militar Central Gómez Ulla (centro donde eran evacuadas la mayoría de las bajas con lesiones más críticas), el capitán médico Rafael Merchán impartió el 12 de febrero de 1958 una sesión clínica hospitalaria sobre los heridos procedentes de la guerra de Sidi Ifni<sup>L</sup>.

### La sanidad militar en las distintas operaciones de combate

Con la intención de describir cronológicamente los combates ocurridos en zona de operaciones, consideramos oportuno dividir el conflicto en tres fases consecutivas modificando parcialmente el esquema propuesto por Bataller<sup>9</sup>.

En cada una de las etapas describiremos las fechas de inicio y final, el área donde se concentraron los combates y por último las operaciones que tuvieron lugar. Los autores asumimos que es una división académica del conflicto y que no es el objetivo de este estudio analizar en profundidad las distintas acciones de combate, pero sí destacar específicamente la importancia de la sanidad militar en cada una de las operaciones.



## La sanidad del Ejército de Tierra español durante la guerra de Ifni-Sáhara (1957/1958)

- Fase I (conflicto centrado en Ifni). Desde 23 de noviembre de 1957 hasta 10 de diciembre de 1957:
  1. Ataque del Ejército de Liberación y defensa de los puestos.
  2. Refuerzos y liberación de puestos
    - Columna de Ortiz de Zárate.
    - Operación Pañuelo
    - Operación Netol
    - Operación Gento
  3. Defensa perimetral de Sidi Ifni.
  4. Acciones sobre el Sáhara.
    - Cabo Bojador
- Fase II (conflicto centrado inicialmente en Ifni y posteriormente en Sáhara). Desde 10 de diciembre de 1957 hasta 16 de febrero de 1958:
  - Buyarifen
  - Operación Diana
  - Operación Siroco
  - Operación Pegaso
  - Batalla de Edchera
- Fase III (conflicto centrado en Sáhara). Desde 16 de febrero de 1958 hasta 30 de junio de 1958:
  - Operación Teide/Ecouvillon.

### FASE I (DESDE 23 DE NOVIEMBRE DE 1957 HASTA 10 DE DICIEMBRE DE 1957)

- Fase I (conflicto centrado en Ifni). Desde 23 de noviembre de 1957 hasta 10 de diciembre de 1957:
  - 1.- Ataque del Ejército de Liberación y defensa de los puestos.

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. La guerra había comenzado.

El servicio de inteligencia español desplegado en la zona había alertado del inminente ataque en el territorio, 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 de nuestra fuerza ascendieron a dos muertos, tres heridos y diez 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 aquellas semanas.
  - 2.- Refuerzos y liberación de puestos

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.
  - Columna de Ortiz de Zárate

Una de estos destacamentos cercados era Telata, localizado a 35 km. de la capital (Sidi Ifni). En esta posición había varias bajas graves que debían ser evacuadas y el destacamento sufría escasez de medicinas. La tarde del

23 de noviembre de 1957 se ordenó a una Sección de la 7.<sup>a</sup> 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 lo antes posible. Por tanto, se puede considerar que esta misión era eminentemente sanitaria, con un fin médico y donde la sección debía proteger a los ocupantes del vehículo y a la ambulancia para que prestasen un apoyo asistencial al puesto cercado.

A mitad de trayecto, el enemigo atacó al convoy sanitario forzando la detención de la columna. Obligó al teniente a ocupar una cota cercana para repeler el hostigamiento teniendo que abandonar los vehículos, incluyendo la ambulancia, que quedaron inservibles en la refriega.

El coste fue de cinco muertos (incluyendo al teniente Ortiz de Zárate<sup>M</sup>) y catorce heridos, uno de ellos fue el capitán médico Freixas que recibió impactos de metralla en la cara, siendo condecorado por este hecho<sup>1</sup>.

- Operación Pañuelo

Mientras la columna del teniente Ortiz de Zárate estaba rodeada en las proximidades de Telata, se redactó la orden de operaciones P-1<sup>N</sup> 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.<sup>a</sup> Compañía de la II Bandera Paracaidista embarcaron en aviones Junkers J-52. Tras realizar los bombarderos Heinkel 111 fuego de apoyo aéreo en las cercanías de Tiluin, los 75 paracaidistas<sup>N</sup> 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 de Tiluin únicamente contaba con un practicante y un sanitarioO).

Uno de los heridos en el salto paracaidista fue el brigada practicante Jurado Ortiz. Como se puede ver en la orden de operaciones, el apoyo sanitario del salto paracaidista por parte de efectivos del Ejército de Tierra se sustentó en un practicante y un sanitario.

- Operación Netol

Veinticuatro horas después del inicio de la operación Pañuelo, se comenzó la operación NetolP, cuyo objetivo era liberar por tierra los asedios de la columna de Ortiz de Zárate en Telata, del destacamento de Tiluin (reforzado por aire con paracaidistas y con el lanzamiento de equipamiento médico) y el área cercana al Mesti.

Esta misión se encomendó a la VI Bandera de la Legión, la I y II Bandera Paracaidista, al IV Tabor de Tiradores de Ifni y a dos Compañías del Regimiento «Soria» n.º 9, hasta que finalmente el 3 de diciembre la IV Bandera de la Legión y dos Compañías del Batallón expedicionario «Soria 9» consiguieron liberar los cercos.

En concreto, la sección de Ortiz de Zárate permaneció asediada en esta posición durante ocho días hasta que los

efectivos del grupo de Tiradores n.º 1 procedentes de la capital rompieron el perímetro impuesto por el enemigo. A continuación, las fuerzas españolas lograron llegar a Telata y liberar el puesto.

Al día siguiente (5 de diciembre) se abandonó el fuerte de Tiluin destruyendo todo aquello que pudiera servir al enemigo, concluyéndose la misión al llegar todo el contingente a pie (excepto los once heridos y algunos civiles que fueron evacuados mediante avión Junker Ju-52) hasta Sidi Ifni el día 6 de diciembre.

Tras analizar estas operaciones iniciales resaltamos tres aspectos con importancia sanitaria: hubo apoyo sanitario aerotransportado en el salto, se lanzó equipo médico desde un avión y se empleó la aeronave para la evacuación de bajas.

Como hemos visto anteriormente, Telata y Tiluin son rescatadas. El Mesti fue liberado por efectivos de la I Bandera Paracaidista. El coste humano de la operación Netol fue de cuatro muertos y catorce heridos.

- Operación Gento

El día 5 de diciembre arrancó la operación Gento<sup>Q</sup>. 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, se 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 veintinueve, hubo ochenta y cuatro heridos y ocho 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 administración<sup>R</sup>. 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.

- 3.– Defensa perimetral de Sidi Ifni.

El éxito alcanzado tras estas operaciones generó una situación de espera que permitió establecer un perímetro de seguridad alrededor de la ciudad de Sidi Ifni. Se estableció una fuerza de maniobra con el objetivo de mantener la integridad de la línea defensiva y si fuera preciso poder desplegarla en el interior de la provincia. Se definieron dos perímetros de seguridad, uno interior con dos centros de resistencia y un segundo exterior constituido con tres centros de resistencia y un punto de apoyo.

La atención médica se realizaba en las posiciones por parte de los oficiales médicos allí destacados y si era necesario, se

procedía a la evacuación hasta el hospital de la capital por medios terrestres.

- 4.– Acciones sobre el Sáhara.

En los primeros días de noviembre de 1957, los puestos más importantes del interior del Sáhara fueron evacuados. Concretamente Tan Tan el 3 de noviembre por medio de aviones, y Smara cuatro días más tarde, dejando únicamente a algunos efectivos en ese destacamento.

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 tres 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” se desembarcó un pelotón de infantería de marina (con protección aérea de un Heinkel He-111). Los infantes de marina encontraron indicios de que dos soldados de transmisiones y cinco civiles que trabajaban en ese faro habían sido hechos prisioneros por el Ejército de Liberación.

Doce días más tarde, se realizó un reconocimiento ofensivo por la Saguia el Hamra con dos compañías de infantería, un pelotón de morteros y una sección de ametralladoras consiguiendo que las fuerzas enemigas iniciaran su retirada.

#### FASE II (DESDE 10 DE DICIEMBRE DE 1957 HASTA 10 DE FEBRERO DE 1958)

- Fase II (conflicto centrado inicialmente en Ifni y posteriormente en Sáhara). Desde 10 de diciembre de 1957 hasta 10 de febrero de 1958:

- Buyarifen

Con la intención de cerrar el perímetro de seguridad de la ciudad de Sidi Ifni, el Estado Mayor determinó que era imprescindible tomar el vértice Buyarifen, montaña ubicada en las cercanías de la ciudad con gran importancia táctica.

El combate para la ocupación de esta montaña fue intenso. Antes de comenzar la maniobra terrestre, la Armada abrió fuego de artillería desde la costa y la aviación empleó bombardeos para disminuir la capacidad defensiva del enemigo. En un principio, las fuerzas del Ejército de Liberación resistieron la acometida española, aunque finalmente se atacó por el flanco oeste y se tomó el monte. Al enemigo se le hicieron bajas que pudo retirar, mientras que entre la fuerza española se produjeron tres heridos, dos muertos y un desaparecido.

En esta fase de la guerra comenzaron nuevas operaciones en Ifni, denominadas Diana (18 de enero), 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.

- Operación Diana

Para la operación Diana<sup>S</sup> 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

## La sanidad del Ejército de Tierra español durante la guerra de Ifni-Sáhara (1957/1958)

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: ocho muertos y cuarenta y siete heridos.

- Operación Siroco

Ante el éxito de la operación Diana, en poco tiempo se empezó a planear un nuevo movimiento de efectivos.

La operación Siroco 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.º9, 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.

- Operación Pegaso

La operación Pegaso<sup>U</sup> nace con la pretensión de destruir un puesto de mando y de abastecimiento del enemigo ubicado en Erkunt, al norte 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 con el apoyo de fuegos que proporcionaban 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 ocho muertos y diez heridos.

- Batalla de Edchera

En el Sáhara 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 Sáhara 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, 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 doce horas provocando el mayor número de bajas españolas durante el conflicto: cuarenta y un muertos y cincuenta y cinco heridos. A esta acción se la conoce como «la batalla de Edchera»<sup>VWX</sup>.

### FASE III (DESDE 16 DE FEBRERO DE 1958 HASTA 30 DE JUNIO DE 1958)

– Fase III (conflicto centrado en Sáhara). -desde 16 de febrero de 1958 hasta 30 de junio de 1958:

- Operación Teide / Ecouvillon.

Siguiendo lo establecido en la directiva de la Capitanía General de Canarias y de la Jefatura de Fuerzas del Sáhara, se preparó la operación Teide (Ecouvillon-Ouragan del Ejército francés).

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 Sáhara.

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 ocasionó en las fuerzas españolas diez muertos y sesenta y siete heridos. Esta fue la última operación hasta que finalizó la guerra el 30 de junio de 1958.

## 6. BAJAS DE MÉDICO MILITARES

Pastrana detalla que durante el conflicto se produjeron las siguientes bajas españolas: 205 muertos, 573 heridos y 166 desaparecidos. Según el mismo autor, las bajas del Ejército francés fueron diecinueve muertos, treinta heridos y tres desaparecidos mientras que el ejército de liberación sufrió 451 muertos, 76 heridos y 261

prisioneros<sup>1</sup>. Dos oficiales médicos pertenecientes al Ejército de Tierra sufrieron lesiones durante la guerra.

### Francisco Amor Bouzas

Francisco Amor Bouzas nació en Caldas de Reyes, provincia de Pontevedra el 22 de abril de 1926.

En 1950, una vez que terminó los estudios de la Medicina en la Universidad de Santiago de Compostela con la calificación de sobresaliente, y de ser profesor auxiliar de Anatomía en la facultad, realiza las prácticas de milicias universitarias. Es destinado al Regimiento de Infantería «Ceuta» n.º 54 y a la Agrupación de Sanidad Militar de la Comandancia General de Ceuta. En el regimiento permaneció dos meses, mientras que en la Agrupación de Sanidad Militar también estuvo otros dos meses. Posteriormente, tras terminar el periodo de prácticas, pasó a la situación de reserva estando asignado a la Agrupación de Sanidad Militar n.º 8 de La Coruña. En atención al comportamiento y entusiasmo demostrado por su profesión, fue clasificado como «apto» para el empleo de alférez médico de complemento. Un año más tarde es nombrado caballero cadete de la Academia de Sanidad Militar por haber aprobado la oposición y en julio de 1952 es promovido al empleo de teniente médico. Por necesidades del servicio, se le comisiona al Tercio 2.º «Duque de Alba» de La Legión donde presta sus servicios en el botiquín y durante marchas y ejercicios tácticos (figura 7). En 1954 es destinado durante seis meses a la 1.ª Bandera de Paracaidistas del Ejército de Tierra, pero regresa a su anterior unidad y presta sus servicios en el acuartelamiento de Riffien (Marruecos). El 25 de octubre de ese año es destinado al gobierno del AOE. A principios de diciembre tras pasar por Sidi Ifni y Villabens, llega a Villacisneros, por haber sido destinado al Grupo Nómada de Policía «La Gándara IV». Una vez allí, comienza a realizar recorridos sanitarios a varias poblaciones del interior del Sáhara (Tichla y Güera) y en las nómadas de camelleros del Sáhara español. A partir de la primavera de 1955, se hace cargo del dispensario de Villacisneros y meses más tarde del de La Güera. Un año más tarde regresa a la península para disfrutar de los cuatro meses de licencia colonial, volviendo a Villacisneros a

principios de 1957 para continuar al frente de los servicios sanitarios de Villacisneros y del grupo nómada de la policía. Muchas veces lo llamaban del Sáhara francés para que visitara a ciertos enfermos de la zona fronteriza. El 17 de octubre de ese año, se incorpora a El Aaiún para prestar sus servicios en el hospital de dicha plaza. El día 7 de noviembre es evacuado al Hospital Militar de Las Palmas de Gran Canaria donde es intervenido quirúrgicamente el 23 de ese mes, falleciendo el día 9 de diciembre a consecuencia de la enfermedad que padecía. Según el escrito del inspector médico de 2.ª, de la Jefatura de los Servicios de Sanidad del Ejército con fecha de 11 de febrero de 1958, el capitán médico fallece a consecuencia de septicemia por accesos hepáticos y pulmonares<sup>2</sup>. En el diario *La Vanguardia*, se le honra con una cariñosa noticia.

«Adiós. Balarrasa, le sonreían todos al llegar la ambulancia que lo recogió. Quedamos esperándote. Cura pronto ¿eh? Nos haces mucha falta.

Le llamaban Balarrasa porque se parecía al actor Fernando Fernán Gómez. Era delgado, alto, con los ojos inquietos y penetrantes. Javier sabía que no iba a volver. Lo disimuló contestando:

—Hasta pronto, muchachos. Es un arañazo sin importancia.

Allí combatió hasta el final, enfurecido por el ardor patriótico que siempre lo distinguió. Y allí fue herido mortalmente en el vientre (este dato no coincide con su historial). Era el personaje más popular del Segundo Tercio. En todas partes le querían y le admiraban, porque según sus compañeros de la XIII promoción y condiscípulos de la Universidad, era un superdotado. La vocación de médico militar fue la gran vocación de toda su vida».

El coronel de infantería Adolfo Meléndez<sup>AA</sup> recordaba perfectamente a este médico militar y confirmó su fallecimiento a causa de este proceso infeccioso, probablemente originado por pasar muchas temporadas cerca de camellos y ganado cuando formaba parte del grupo nómada.

Fue condecorado con la Cruz de Primera Clase al Mérito Militar con distintivo blanco y se le autorizó para usar sobre el uniforme el distintivo del AOE.

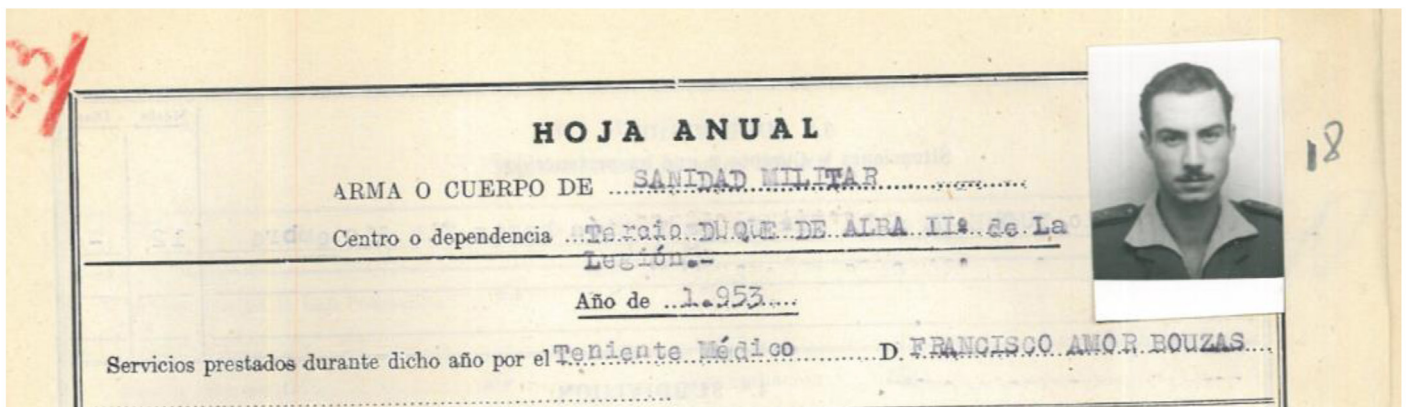


Figura 7. Hoja de servicios del médico militar Francisco Amor Bouzas

## JOSÉ MARÍA FREIXAS OTTO

José María Freixas Otto nació el 27 de diciembre de 1922 en Barcelona. Estudió Medicina y tras ser soldado de artillería, fue nombrado caballero cadete de Sanidad Militar en 1951, promocionando en meses de caballero alférez y posteriormente a teniente médico doce meses más tarde. En 1955 ascendió a capitán médico. Un año más tarde se presenta en Madrid para realizar las pruebas de acceso a la especialidad médica, que no logra superar. En octubre se incorporó al grupo de tiradores de Ifni n.º 1 del AOE, haciéndose cargo de los servicios sanitarios del mismo. En 1957, simultánea esta función con la asistencia facultativa en el campamento de reclutas de nueva incorporación del grupo de tiradores de Ifni. Al terminar el periodo de campamento, interviene como médico facultativo en las maniobras realizadas por los tabores del grupo (figura 8).



**Figura 8.** Retrato del capitán médico José Freixas Otto. Tomado de: Herrero A. *La cruz de guerra de un Capitán Médico. La Prensa, revista semanal de El Día. Segunda Época. Número 407. Sábado 24 de abril de 2004*

Según escrito de la sección 3.<sup>a</sup> n.º 349913 de fecha 3 de noviembre del Excmo. Sr. Gobernador General del AOE, de orden de la superioridad, se declara zona de operaciones la totalidad de esta provincia, se considera tomada a partir del 10 de agosto y tendrá vigencia hasta orden posterior respecto a las leyes vigentes para tiempo de guerra.

Con fecha 23 de noviembre se le ordena por el Estado Mayor, salir con una ambulancia protegida por una sección de paracaidistas del Ejército de Tierra a la plaza sitiada de Telata de Sbuia al objeto de prestar asistencia y evacuar a los heridos habidos en los combates que se iniciaron en la madrugada de este día. Empezó la marcha a las 18:00 h pernoctando en el camino. Al amanecer del siguiente

día, se prosiguió la marcha, siendo detenido por el fuego enemigo a 4 km. de Telata. Se tomó posiciones en un monte cercano a la pista, en donde quedaron completamente rodeados y fijados por el fuego enemigo. El día 27 murió el oficial que mandaba la misma sección, quedando como único oficial en la misma. Durante el periodo de asedio, alternó sus funciones de oficial con la asistencia a los heridos bajo el fuego enemigo. El día 28 de noviembre sufrió una herida de metralla en la mejilla izquierda. Continúa resistiendo el ataque enemigo hasta el día 2 de diciembre cuando se libera su posición por el 4.º tabor del grupo de tiradores de Ifni n.º 1. Empezó la marcha hasta Telata, donde también cooperó a la asistencia de los heridos de aquella posición y a los de la sección de paracaidistas. El 4 de diciembre empieza la marcha Ifni, asistiendo al convoy de heridos y evacuados de la sección de Telata, sufriendo dicho convoy repetidas veces fuego hostil del enemigo. El 5 de diciembre, fue intervenido de la herida en la mejilla izquierda calificada de pronóstico menos grave. Se le extrae la metralla y pasa hospitalizado a su domicilio en Sidi Ifni.

La actuación del capitán médico Freixas durante el sitio en la marcha a Telata es controvertida. Según Ramiro Santamaría<sup>10</sup> en su libro *Ifni-Sáhara, la guerra ignorada*, cuando muere el teniente de infantería Ortiz de Zárate en la posición sitiada, el único oficial era el capitán médico. Sin embargo, según el autor, el oficial al ser médico no tenía mando de fuerza. Aunque esto es cierto, hay una excepción: el mando de una unidad sanitaria. Los autores consideramos que la misión era puramente sanitaria (acudir con una ambulancia y su escolta a Telata para atender a los heridos) y, por tanto, el mando debe recaer en el oficial médico más antiguo. Desde nuestro punto de vista, actuó brillantemente tanto como capitán (colaborando en la defensa de la posición), como médico (auxiliando a los heridos). Es cierto que cuando sufre la herida de metralla en el rostro estaba rezando el rosario y no se encontraba empuñando un fusil o atendiendo a una baja, pero consideramos que no supone un menoscabo a la heroicidad de su acción. En la entrevista mantenida con el coronel de infantería Meléndez<sup>AA</sup> lo describió como: «callado y buen profesional. Le quitaron la medalla militar porque rezaba el rosario cuando fue herido. ¡El que mantuvo la sección fue él. Todo el mundo estaba indignado porque no le habían concedido la medalla!»<sup>AB</sup>.

Tras varios destinos, pasa a la reserva con empleo de coronel médico el 30 de septiembre de 1982.

Consigue el distintivo del AOE con tres barras azules. Es condecorado con dos Cruces al Mérito Militar de 1.<sup>a</sup> clase con distintivo blanco, con la medalla militar colectiva, la Cruz de Guerra con palmas, siendo felicitado por el General Franco y por el Gobernador General de los Territorios<sup>AC</sup>.

## 7. CONCLUSIONES

El conflicto de Ifni y Sáhara de 1957 y 1958 supuso un desafío para las Fuerzas Armadas españolas, pero sobre todo para las pertenecientes al Ejército de Tierra por ser una guerra eminentemente terrestre. En la Sanidad Militar del Ejército de Tierra recayó la mayor parte del apoyo sanitario durante los combates.

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), la comunicación sanitaria encriptada, el abastecimiento de medios sanitarios,

y las misiones de carácter médico son algunas de las peculiaridades que definen la atención de la Sanidad Militar del Ejército de Tierra en este conflicto.

Además, desde la península se formaron varias agrupaciones sanitarias expedicionarias para reforzar la capacidad médica en zona de operaciones. El Hospital Militar de Las Palmas y el Hospital Militar Central Gómez Ulla de Madrid fueron importantes centros receptores de bajas procedentes del conflicto.

Durante las operaciones militares analizadas en este trabajo se produjeron un total de 107 fallecidos, 391 heridos en combate y dieciocho desaparecidos. De estos, dos de las bajas fueron oficiales médicos pertenecientes al Ejército de Tierra, el capitán médico Francisco Amor Bouzas y el capitán médico José María Freixas Oto.

## NOTAS

- A. Informe del arquitecto de la obra. Madrid. Octubre de 1951. Proyecto de junio de 1951 de un centro sanitario local para el África Occidental Española. Archivo General de la Administración. Alcalá de Henares (Madrid).
- B. *AOE: Revista ilustrada del África Occidental Española*, 14 de abril de 1957, p. 10.
- C. 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».
- D. Archivo General Militar de Ávila. Caja 3035, Carpeta 4. Por escrito n.º 4395-B de 30 de mayo de 1958 se solicitan cuarenta soldados más para la Compañía Expedicionaria de la Agrupación de Sanidad Militar con objetivo de rellenar la plantilla.
- E. Esta información aparece en la investigación recogida por Herrero Andreu, Antonio. «La compañía de sanidad de Ceuta». *El Faro de Ceuta*, 6 diciembre 2016.
- F. Entrevista realizada al soldado Antonio Navarro Pérez (Zaragoza), 22 de enero de 2018.
- G. Es posible que el enfermero realizase las anestесias. Información recogida en: Martínez, J. A., Montero, J. A. y LUPIANI, M. (2014). *Hospital Militar O'Donnell de Ceuta. 100 años de historia. 2 de septiembre (1913-2013)*. Madrid, Editorial Ministerio de Defensa.
- H. Cava Palomino, J.D, *Sanitarios en el Sáhara*. Obra facilitada por Antonio Herrero Andreu.
- I. del Campo García Blanco, J.M. (2006). *De Melilla al Sáhara Español (Villa Cisneros 1957/58). Un año con el Batallón de Cabrerizas*. Melilla, Fundación Gaselec Editorial.
- J. Este médico militar publicó numerosos trabajos sobre la cirugía de guerra tras haber participado en varios conflictos armados. Información tomada de: Ponte Hernando F. J. *et al.* (2018). «El doctor D. Manuel Gómez-Durán Martínez (1898-1984), general, laureado y académico de Medicina». *Revista de Sanidad Militar*. 74, pp.120-133.
- K. Entrevista realizada al cabo de Sanidad Militar Joan Marimon en Villanova (Barcelona) el 26 de enero de 1958.
- L. Merchán Vázquez, R. (1958) «12 febrero 1958, Algunas consideraciones sobre los heridos procedentes de Sidi Ifni». En: *Anales del Hospital Militar Central «Gómez Ulla»*. Madrid, Tomo IX, pp. 274.
- LL. Archivo General Militar de Ávila (AGMAV), Caja 37540.
- M. En una entrevista personal realizada con un superviviente de esta acción, se comentó a los autores 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 este 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 suceso también se detalla en Sainz de la Peña, J. (2016). *Sáhara-Ifni. Recuerdos de un tirador*. Madrid, Editorial Mountainsoft-Caminos y Cumbres SL, p. 90.
- N. Archivo General Militar de Ávila, Caja 32723.1.3
- Ñ. 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.
- O. Conferencia videograda a 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: [www.rincóndesidiifni.es](http://www.rincóndesidiifni.es)
- P. Archivo General Militar de Ávila, Caja 32723,1.4. Se contaba con una ambulancia y Sanidad con los medios propios de cada unidad.
- Q. Archivo General Militar de Ávila, Caja 32723,1.5. El apoyo sanitario se realizó con los elementos propios de cada unidad.
- R. 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.
- S. Archivo General Militar de Ávila, Caja 1, 1 y 10. Se detalla que la Compañía de Sanidad cederá una artola sencilla, una artola ligera y cinco 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, una artola sencilla y dos 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.
- T. Archivo General Militar de Ávila. Caja 32723,1.11
- U. 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.
- V. Archivo General Militar de Ávila. «Efectivos españoles en el Sáhara 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 cuatro ambulancias. En Villacisneros, una Sección de Sanidad motorizada

## La sanidad del Ejército de Tierra español durante la guerra de Ifni-Sáhara (1957/1958)

- y dos ambulancias y en Villabens, una Sección de Sanidad motorizada y dos ambulancias.
- W. En escrito del 17 de enero de 1958, el Gobernador General del Sáhara en radio n.º 3 de las 10:30 h del día 16 ruega el envío urgente de dos equipos quirúrgicos más a El Aaiún. En escrito del 20 de enero de 1958, en radio, referencia 003 de las 13:00 h 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 las 14:20 h del día 20 solicita 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.
- X. Según la Directiva General Número 1 (TMA) 2.ª parte, se establecen depósitos de medicamentos en la plaza de El Aaiún, Villabens y Villacisneros.
- Y. 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.
- Z. Hoja de servicios matriz. Ejército de Tierra, Cuerpo de Sanidad Militar. Francisco Amor Bouzas. Archivo General Militar.
- AA. Entrevista realizada en *El Jarama*. Madrid, 1 de octubre de 2018, en el domicilio del citado coronel Meléndez.
- AB. Salvando las distancias, una situación similar ocurrió en el sitio de Baler (Filipinas), durante la guerra hispano-norteamericana de 1898. El teniente médico Rogelio Vigil de Quiñones y Alfaro, oficial médico de la posición sitiada en la iglesia de Baler, sufrió una herida por arma de fuego mientras se encontraba rezando el rosario. Por este motivo, y en juicio contradictorio finalmente no se le concedió la medalla laureada de San Fernando.
- AC. Hoja de servicios matriz. Ejército de Tierra, Cuerpo de Sanidad Militar. José María Freixas Otto. Archivo General Militar.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Pastrana-Piñero, J. (2013). *La guerra de Ifni-Sáhara y la lucha por el poder en Marruecos*. [Tesis doctoral]. Barcelona, Universitat Pompeu Fabra.
2. Ministerio del Ejército. (1957). Escalilla del Cuerpo de Sanidad Militar. Dirección General de Reclutamiento y Personal.
3. Ministerio de Defensa. (1957). *Anuario Estadístico Militar*. Alto Estado Mayor. Servicio de Estadística Militar.
4. VV.AA. (1996). *Gómez Ulla Hospital Militar Central, cien años de historia 1896-1996*. Madrid, Ministerio de Defensa.
5. Muñoz, A. (1947). Hospital Militar Gómez Ulla. Consejo General de Colegios Médicos de España, *Boletín Cultural e Informativo*. Octubre, III(13), pp. 43.
6. Massons, J. M. (1994). *La Sanidad Militar en los territorios del África occidental española*, Ediciones Pomares-Corredor, 1994.
7. Dirección General de Plazas y Provincias Africanas e Instituto de Estudios Africanos. (1959). *Resumen estadístico del África Occidental Española 1958*. Madrid.
8. Ortiz de Rivero, M. (1955). *Resumen estadístico-sanitario del Hospital Central del África Occidental Española, en Sidi Ifni Años 1949-1954*, Madrid, Instituto de Estudios Africanos.
9. Bataller, V. (2021). La Legión en Ifni Sáhara, primer salto de guerra. El combate de Edchera. *Revista de Historia Ares*, 10-15.
10. Santamaría, R. (1984). *Ifni-Sáhara la guerra ignorada*. Madrid, Ediciones Dyrsa. 1984.