

## LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS PARA LA OPERACIÓN DE DESEMBARCO EN ALHUCEMAS EN 1925. «EL PROYECTO GÓMEZ ULLA»

Ramón DÍEZ RIOJA<sup>1</sup>  
Olga MARTÍN OLALLA<sup>2</sup>

### *RESUMEN*

El presente artículo pretende dar a conocer el proyecto de organización de los servicios sanitarios que diseñó el médico militar Mariano Gómez Ulla para la operación de desembarco en Alhucemas en 1925. A partir de documentos de archivo y fuentes primarias se aborda con detalle el contenido de la planificación y se analiza su posterior puesta en práctica, dejando entrever que se trató de un programa meticuloso en su elaboración y eficaz en su ejecución. También se arroja luz sobre el papel que desempeñaron en aquel acontecimiento, decisivo en la historia de España, las «Damas enfermeras» de la Cruz Roja quienes, con la duquesa de la Victoria a la cabeza, estuvieron presentes tanto en los hospitales de campaña, como en el Hospital de la Cruz Roja en Melilla y en los barcos hospital que se habilitaron

<sup>1</sup> Ramón Díez Rioja. Doctor en Historia Contemporánea. Coordinador Programa de Enriquecimiento para alumnos con Altas Capacidades de la Comunidad de Madrid. Consejería de Educación, Ciencia y Portavocía. Profesor-Tutor UNED.

<sup>2</sup> Olga Martín Olalla. Graduada en Enfermería y Experto de enfermería de Urgencias y Emergencias. Enfermera de urgencias extrahospitalarias SUMMA 112.

para asistir a los heridos. Del mismo modo, se presentan los avances más significativos que introdujo Gómez Ulla en la Sanidad Militar española, así como la implicación de la enfermería en los progresos de la ciencia sanitaria. Por último, se ofrecen los datos más relevantes del resultado que tuvo en su aplicación aquel minucioso y moderno planeamiento.

*PALABRAS CLAVE:* Desembarco. Alhucemas. Proyecto Gómez Ulla. Tarjeta de Diagnóstico. Sobre Sanitario. Damas Enfermeras. Duquesa de la Victoria.

### *ABSTRACT*

This article aims to provide information on the project for the organisation of the health services designed by the military doctor Mariano Gómez Ulla for the landing operation in Al Hoceima in 1925. Based on archive documents and primary sources, the content of the plan is examined in detail and its subsequent implementation is analysed, revealing that the programme was meticulous in its preparation and effective in its execution. It also sheds light on the role played in that decisive event in the history of Spain by the “Lady Nurses” of the Red Cross who, with the Duchess of Victoria at their head, were present both in the field hospitals and in the Red Cross Hospital in Melilla and on the hospital ships, which were set up to care for the wounded. The most significant advances introduced by Gómez Ulla in Spanish military health care are also presented, as well as the involvement of nursing in the progress of health science. Finally, it offers the most relevant data on the results of the application of this meticulous and modern planning.

*KEY WORDS:* Landing, Al Hoceima, Gómez Ulla Project, Lady Nurses, Diagnostic Card, Health Envelope, Duchess of Victory.

\* \* \* \* \*

### *INTRODUCCIÓN*

**E**l 8 de septiembre de 1925 las tropas españolas llevaron a cabo en el entorno de Alhucemas una gran ofensiva militar, propia de la «guerra moderna». Una operación en la que participaron, además de la División de Desembarco del ejército español en África, las fuerzas navales espa-

ñolas del norte de África, la escuadra de instrucción de las fuerzas navales españolas, 9 buques de guerra de la armada francesa, la aeronáutica naval y la aviación militar. El proyecto de desembarco elaborado por el general Francisco Gómez-Jordana Sousa y ultimado en sus detalles por Primo de Rivera junto con su cuartel general, permitió al Gobierno de España vislumbrar el fin de la «rebeldía» de Abd el-Krim y someter definitivamente, veinte meses después, el conjunto del territorio de Marruecos asignado a España en el tratado de Protectorado firmado con el Gobierno francés en noviembre de 1912<sup>3</sup>. El planeamiento de la operación y los preparativos requirieron la intervención de un elevado número de técnicos militares quienes, a lo largo de intensas jornadas de trabajo, pergeñaron un proyecto serio, coordinado y perfectamente viable. Además de los medios materiales y humanos que intervendrían en la operación, se urdió un plan sanitario para atender a los heridos, teniendo en cuenta que las primeras bajas se producirían nada más desplegarse las plataformas de proa de las barcasas «K», que aproximaban a las unidades a la playa; instante en que los soldados se convertirían en potenciales blancos frente a las ametralladoras enemigas.

Antes de adentrarnos en el análisis del proyecto es preciso reparar en algunos datos tales como el volumen y la organización de las fuerzas de desembarco, para entender en su magnitud el plan del comandante médico y cirujano Mariano Gómez Ulla<sup>4</sup>; ya que, en base a esa distribución y teniendo en cuenta los medios que disponía, concibió el programa como un jefe u oficial de Estado Mayor pergeña la estrategia de una operación militar. Primo

<sup>3</sup> Respecto al desembarco en Alhucemas de 1925 y proyectos anteriores que no se llevaron adelante véase DÍEZ RIOJA, Ramón: *El desembarco de Alhucemas. La intrahistoria de una operación concluyente (1911-1925)*, Ministerio de Defensa, 2023. El libro explora los diferentes proyectos que estuvieron sobre la mesa desde 1911, coincidiendo con la campaña del Kert. La investigación aborda con detalle el desembarco llevado a término en septiembre de 1925 desde la perspectiva de la historia académica generalista, es decir, no solo desde un enfoque militar, sino que se inserta en un contexto de historia política, económica, social, cultural y de relaciones internacionales.

<sup>4</sup> En relación con la figura del médico y cirujano Mariano Gómez Ulla contamos con varios trabajos, que aportan datos sobre su carrera desde diferente perspectiva: PONTE HERNANDO, F. J., GONZÁLEZ CASTROAGUDÍN S., PASCUAL BUENO, J y GONZÁLEZ CASTROAGUDÍN, R: «Contribución a la Ciencia del General Médico D. Mariano Gómez Ulla (1877-1945)», *Sanidad mil* 2018;74 (1); MARTÍNEZ ANTONIO, Francisco Javier: «Entre la diplomacia médica y la política sanitaria: médicos militares en el Protectorado español en Marruecos (1906-1927)», *Revista de Historia Militar*, núm. Extraordinario 2, 2012, pp. 201-241; GÓMEZ ULLA y LEA, José María: *un hombre, un cirujano, un militar*, Editorial Madrid, Madrid, 1981; BELAÚSTEGUI, Alejandro: *Sanitarios militares en la guerra de África, 1909-1927. La lucha contra el olvido VI*, Ministerio de Defensa, Madrid, 2011, pp.159-192; SÁNCHEZ ANDRADE, Agustín: «Militares ilustres. Hechos más importantes de la vida y obra del doctor Gómez Ulla (cincuenta aniversario de su muerte)», *Revista de Historia Militar*, n.º 80, 1996, pp. 212-242.

de Rivera, general en jefe y alto comisario de España en Marruecos desde el mes de octubre de 1924 por cese en el cargo del general Luis Aizpuru, organizó la División de Desembarco en dos brigadas: una bajo el mando del general Leopoldo Saro Marín, con base en Ceuta y otra dirigida por el general Emilio Fernández Pérez, con base en Melilla<sup>5</sup>. Ambas brigadas se dividían en columnas; la de Melilla en dos: una dirigida por el coronel de Estado Mayor Manuel Goded Llopis<sup>6</sup>, jefe de Intervenciones y Fuerzas Jalifianas de Melilla y otra al mando del coronel del Regimiento Infantería África n.º 68, Félix Vera Valdés. Por su parte, la Brigada de Ceuta se organizó en tres columnas: la primera al mando del coronel de la Legión Francisco Franco Bahamonde, la segunda dirigida por el coronel Benito Martín González y al frente de la tercera se dispuso al teniente coronel Miguel Campins.

El conjunto de la división de desembarco lo componían 18.441 soldados, de los cuales un amplio porcentaje correspondió a unidades de tropas coloniales: Regulares, Harcas, Mehalas y Legión; las tropas europeas constituyeron un tercio de la fuerza de desembarco<sup>7</sup>. Además, el ejército español contó, por primera vez en la historia de un desembarco anfibio, con una compañía de carros de asalto, que no pudo desembarcar en la primera oleada como estaba previsto porque las barcasas «K» que los transportaban quedaron varadas a 50 metros de la playa. Su papel, en general, fue discreto, principalmente porque la orografía no permitió que se utilizaran en el apoyo a las unidades de Infantería, que era la idea original<sup>8</sup>.

<sup>5</sup> Archivo General de la Administración (en citas sucesivas AGA), África, caja M 7/ 81-09985. Exp. 2. «Proyecto General de Desembarco presentado por el general Francisco Gómez-Jordana Sousa y aprobado por el Directorio en 1925»; RAMIRO DE LA MATA, Javier: <https://dbe.rah.es/biografias/10954/mariano-gomez-ulla> [En línea, 1 de enero de 2022]; VV.AA.: *Gómez Ulla, Hospital Militar Central: cien años de historia, 1896-1996*, Madrid, Ministerio de Defensa, 1996.

<sup>6</sup> Manuel Goded Llopis dejó testimonio de su participación en la operación en la obra: *Marruecos. Las etapas de la pacificación*. Málaga, Platea, 2021, pp. 147-248.

<sup>7</sup> AGA, África, caja M 7/ 81-09985. Exp. 3. Ejecución de las operaciones. El Archivo General Militar de Madrid (en citas sucesivas AGMM) custodia ingente información relacionada con el desembarco: preparativos, ejecución y posterior desarrollo hasta finales del año 1925. Una gran parte de los documentos se encuentran microfilmados, concretamente en el rollo 131, legajo 65 «Desembarco de Alhucemas»; rollo 605 «Operaciones bahía de Alhucemas. Minutas de puño y letra del marqués de Estella», legajo 428, carpeta 1; rollo 606 «Memoria de la Comandancia de Ingenieros de Melilla relativa al desembarco de Alhucemas», carpetas 2 y 9; rollo 631 «Concentración en Melilla de la columna Fernández Pérez»; rollo 632 «Columna de desembarco del general Saro» legajo 449; rollo 633 «Operaciones-preparación del desembarco», legajo 449, carpeta 9; rollo 634 «Antecedentes y pormenores del desembarco», legajo 451, carpeta 4. Al margen de esta documentación hay más información dispersa en diferentes cajas.

<sup>8</sup> Con relación a los carros de asalto y su participación en la operación contamos con el diario de Juan Urzaiz Durán, donde relata las vicisitudes de la unidad en la maniobra de desembarco y días posteriores. El diario se puede leer en la obra: MIGUEL FRANCIS-

*Las fuerzas navales*

Los buques de guerra dispuestos para la operación se distribuyeron en tres escuadras, cada una de ellas con una misión. La escuadra francesa debía convoyar y proteger la flota de transporte de la Brigada de Melilla. Esta escuadra estuvo bajo el mando del almirante francés Hallier.

ESCUADRA FRANCESA (ALMIRANTE HALLIER) <sup>9</sup>	
Acorazado	<i>París</i>
Cruceros	<i>Metz y Strasburg</i>
Destructores	<i>Touareg, Bambara, Annamite</i>
Cañoneros	<i>Diligent y Tapageuse</i>
Portaglobos	<i>Ibomar</i>
TOTAL	9 buques de guerra

Cuadro n.º 1. Detalle de la escuadra francesa en el desembarco de Alhucemas.

Elaboración propia

La segunda la componían los buques de guerra de las fuerzas navales españolas del norte de África, cuyo mando estaba asignado al contraalmirante Eduardo Guerra Goyena y su cometido era convoyar la flota que transportaba a las tropas y pertrechos de la Brigada de Ceuta<sup>10</sup>.

FUERZAS NAVALES ESPAÑOLAS DEL NORTE DE ÁFRICA (CONTRAALMIRANTE GUERRA GOYENA)	
Cruceros	<i>Victoria Eugenia y Extremadura</i>
Cañoneros	<i>Canalejas, Cánovas, Dato, Recalde, Bonifaz y Laya.</i>
Guardacostas tipo UAD	<i>Muluya, Ras, Lucus, Larache, Alcázar, Tetuán, Targa, Martín, Xauen, Arcila y Kert</i>
Guardapescas	<i>Garciolo, Jarama, Zaragoza, Gante, Macías, Castillo y Hernández</i>
Remolcadores	<i>Cíclope, Ferrolano, Gaditano y Cartageno</i>
Barcos aljibes:	África (300 toneladas) y Número 2 (100 toneladas)
Barcazas tipo K	26 barcazas numeradas del 1 al 26
Torpederos	6
TOTAL	65 barcos

Cuadro n.º 2. Detalle de las fuerzas navales españolas del norte de África.

Elaboración propia

CO, Luis: 1925. *Nuestro día en Alhucemas. La unidad de carros de asalto en el desembarco de Alhucemas*, Valladolid, Galland Books, 2008.

<sup>9</sup> AGA, África, caja M7 81/9985. Exp. n.º 3.

<sup>10</sup> Archivo General de la Marina Álvaro de Bazán (en citas sucesivas AGMAB), Cuerpo General, legajo. 620/527.

Por último, la escuadra de instrucción de las fuerzas navales españolas quedó en reserva a disposición del alto mando. La dirección de la escuadra se encomendó a Francisco Yolí Morgado, vicealmirante de la Armada y comandante en jefe de la escuadra de operaciones en aguas de Marruecos<sup>11</sup>.

ESCUADRA DE INSTRUCCIÓN DE LAS FUERZAS NAVALES ESPAÑOLAS (VICEALMIRANTE YOLIF)	
Acorazados	<i>Alfonso XIII y Jaime I</i>
Cruceros	<i>Méndez Núñez y Blas de Lezo</i>
Destruyores	<i>Alsedo, Velasco y Lazaga</i>
Portahidroaviones	<i>Dédalo</i> . Perteneciente a la aeronáutica naval con doce aparatos: seis hidroaviones <i>supermarine</i> de bombardeo ligero y seis hidroaviones de reconocimiento <sup>12</sup> .
TOTAL	9 barcos de guerra

En conjunto, la escuadra combinada hispano-francesa movilizó 83 naves de guerra, incluido un porta-hidroaviones con capacidad para transportar doce aeronaves; sin duda un enorme despliegue de tecnología al servicio de la guerra contra Abd el-Krim y el recién creado Estado del Rif.

#### *Los barcos de transporte de la Compañía Transmediterránea*

La flota encargada del transporte de tropas y pertrechos se dividió en seis flotillas, tres para cada una de las dos brigadas. La mayor parte de los barcos que componían la expedición pertenecían a la Compañía Transmediterránea<sup>13</sup>, que fueron requeridos por el Gobierno para llevar a cabo el desembarco. La Compañía, a través del artículo 73 del contrato suscrito con el Estado el 11 de abril de 1921, se había comprometido a prestar «los servicios extraordinarios auxiliares que la marina de guerra requiriese»<sup>14</sup>. La Transmediterránea se constituyó el 25 de noviembre de 1916 a partir de la fusión de varias navieras españolas: Compañía Valenciana de Vapores Correos de África, Sociedad Líneas de Vapores Tintoré, Ferrer Peset Hermanos y Sociedad Anónima Navegación e Industria. Más adelante se unirían otras compañías. La mayoría de los barcos que la Transmediterránea cedió habían sido construidos en Gran Bretaña durante el último cuarto del siglo XIX.

<sup>11</sup> *Ibidem*, leg. 620/1295.

<sup>12</sup> ANDRÉS VÁZQUEZ, Ernesto: «Hace ya 25 años. El desembarco de Alhucemas», *Ejército*, n.º 130, 1950, pp. 3-10.

<sup>13</sup> FONT BETANZOS, Francisco: «La Compañía Transmediterránea en el desembarco de Alhucemas», *Revista de Historia Naval*, 107, 2009, pp. 57-74.

<sup>14</sup> *Ibidem*, p. 57.

Ambas brigadas se distribuyeron en veinticinco vapores. A continuación, se muestra el detalle de los barcos de transporte que asistieron a cada una de ellas.

FLOTA DE TRANSPORTE DE LA BRIGADA DE MELILLA	
Flotilla n.º 1. Capacidad de transporte: 3200 efectivos.	<i>Lázaro</i> (1.000 hombres), <i>Aragón</i> (800 hombres), <i>Navarra</i> (800 hombres) y <i>Sagunto</i> (600 hombres).
Flotilla n.º 2. Capacidad de transporte: 3300 efectivos.	<i>Alhambra</i> (1.100 hombres), <i>Menorca</i> (800 hombres), <i>Jorge Juan</i> (800 hombres) y <i>Florinda</i> (600 hombres).
Flotilla n.º 3. Capacidad de transporte: 1900 efectivos.	<i>Romeu</i> 1.500 hombres; <i>Roger de Flor</i> (400 hombres), <i>Villarreal</i> (barco hospital para 330 heridos), <i>Cullera</i> (transporte de reservas) y un barco aljibe de 100 toneladas <sup>15</sup> .
TOTAL	La flota asignada a las dos columnas que partieron de Melilla tenía capacidad para transportar 8400 soldados.

Cuadro n.º 4. Detalle de la flota de transporte de la Brigada de Melilla. Elaboración propia

FLOTA DE TRANSPORTE DE LA BRIGADA DE CEUTA	
Flotilla n.º 4. Capacidad de transporte: 2500 efectivos.	<i>Castilla</i> (100 hombres), <i>Cabañal</i> (1000 hombres), <i>A. Cola</i> (800 hombres) y <i>Hespérides</i> (600 hombres).
Flotilla n.º 5. Capacidad de transporte: 3000 efectivos.	<i>Segarra</i> (1.000 hombres), <i>Vicente de la Roda</i> (700 hombres), <i>Vicente Ferrer</i> (700 hombres) y <i>Menorquín</i> (600 hombres).
Flotilla n.º 6. Capacidad de transporte: 1000 efectivos.	<i>Escolano</i> (1000 hombres), <i>Amorós</i> (400 cabezas de ganado); <i>Barceló</i> (barco-hospital para 300 heridos), <i>Jaime II</i> (transporte de reservas) y un barco aljibe de 300 toneladas <sup>16</sup> .
TOTAL	La flota asignada a las tres columnas que partieron de Ceuta tenía capacidad para transportar a 6500 soldados.

Cuadro n.º 5. Detalle de la flota de transporte de la Brigada de Ceuta. Elaboración propia.

<sup>15</sup> QUINTANA MARTÍNEZ, Eduardo: *La marina de guerra en África: la tragedia del Concha (1913). El desastre y la reconquista (1921-1924), el desembarco de Alhucemas (1925), campañas de 1926 y 1927 (la pacificación)*. Madrid, Compañía Íbero-Americana de publicaciones, 1928, p. 258. Una descripción de la Marina en el desembarco de Alhucemas puede verse en: MESA GUTIÉRREZ, José Luis de y DOMÍNGUEZ LLOSA, Santiago Luis: *Alhucemas 1925. Las imágenes del desembarco*. Madrid, Almena, 2011.

<sup>16</sup> Los detalles y la actuación de la marina mercante pueden verse en: «Actuación de la marina mercante en la ocupación de Alhucemas», *Revista de Tropas Coloniales*, noviembre de 1925.

Si a los 83 barcos y barcazas de guerra se añaden los 25 barcos de transporte, el número total asciende a 108 buques. Sin duda, la envergadura de la empresa requería un enorme despliegue de medios, suficientes para transportar a los casi 20 000 soldados y el extraordinario volumen de material necesario, tal y como habían establecido los diferentes estados mayores implicados en la operación, incluyendo los elementos sanitarios, objeto principal de la presente investigación.

*Mariano Gómez Ulla. Jefe de los servicios de cirugía y autor del proyecto*

El 5 de septiembre embarcaba el médico militar Mariano Gómez Ulla en el puerto de Ceuta a bordo del barco hospital *Barceló*; buque de la Compañía Transmediterránea que había sido habilitado como tal el 17 de enero de 1922, en plena campaña de «desquite» o «reconquista», tras el derrumbe de la Comandancia General de Melilla, a partir de los hechos de Anual en el verano de 1921.

La operación se ponía en marcha y todos los pormenores estaban atendidos, gracias al concienzudo trabajo que durante meses llevaban realizando todos aquellos militares involucrados en la operación. Anejo a las instrucciones generales se diseñó un proyecto de atención sanitaria, igualmente meditado y descrito con minuciosidad, con el fin de atender a los heridos con prontitud y salvar el mayor número de vidas. Para conseguir el objetivo, el general en jefe y presidente del Directorio Militar, Miguel Primo de Rivera, telegrafió al médico-cirujano Mariano Gómez Ulla, entonces destinado en el Hospital Militar de Carabanchel, en Madrid, para que diseñara un plan de atención temprana que incluyese líneas y medios de evacuación, además de referir una relación de los recursos humanos y materiales que a su juicio requería la maniobra. Gómez Ulla, quien conocía los elementos de guerra con que contaban los defensores: fusiles (Level, Remington, Mauser), ametralladoras, morteros, granadas de mano, y artillería, elaboró el proyecto teniendo en cuenta que a muchos heridos leves en principio, si no se les prestaba una atención rápida, podían morir de gangrena gaseosa; una infección causada por la bacteria «*clostridium perfringens*» que produce toxinas que libera gases, provocando la muerte del tejido. La experiencia del cirujano en las campañas de Marruecos desde 1909 y en los campos de batalla europeos le hacía acreedor de un gran respeto, no solo entre los facultativos –militares y civiles– sino que también era admirado por muchos



jefes y oficiales en África, quienes habían oído hablar maravillas de él y confiaban plenamente en su labor<sup>17</sup>.

Con todo, Gómez Ulla elaboró el proyecto consciente de que solo mediante una perfecta coordinación entre los elementos sanitarios de primera línea y los subsiguientes escalones, podía procurar resultados positivos. La elección del médico-cirujano al frente del operativo sanitario en Alhucemas no fue arbitraria. El prestigio y la consideración que alcanzó en Marruecos se debían a su especialización en cirugía de guerra, forjada en el Protectorado español de Marruecos y también en los teatros de operaciones de la Gran Guerra, principalmente en los frentes franceses. Allí practicó las técnicas más avanzadas aplicadas en los hospitales por los mejores cirujanos, especializados en heridas de guerra<sup>18</sup>. El plan de Gómez Ulla fue secundado por los facultativos destinados en los diferentes servicios implicados en la operación: en los barcos hospital, en las barcasas «K» de desembarco, en los hospitales móviles de campaña, y en los hospitales fijos de Melilla, Málaga y Madrid, además del personal que prestó servicio en los trenes hospital.

Junto a los médicos militares, trabajando codo con codo, actuaron las damas enfermeras de la Cruz Roja, las Hermanas de la Caridad, los practicantes profesionales, los camilleros afectos a las unidades de desembarco y el personal de los botes motores de la escuadra, en los que prestaban servicio los oficiales médicos de la Armada. Durante el desarrollo de la investigación se analiza el papel que todos ellos desempeñaron, destacando las figuras más sobresalientes de cada uno de los cuerpos sanitarios.

---

<sup>17</sup> Una descripción de los efectos que provocaba la explosión de las granadas en los pulmones de los soldados en la Primera Guerra Mundial se puede leer en «Los servicios sanitarios en el frente occidental durante la retirada de Mons», *La guerra y su preparación*, mayo de 1916, n.º 1, p. 63. Véase también un extracto de la conferencia pronunciada por Mariano Gómez Ulla en el Ateneo militar el día 27 de noviembre de 1916 que reproduce la *Revista de Sanidad Militar* con el título: «Los servicios sanitarios en la guerra actual: impresiones de una visita al frente francés», 1 de enero de 1917, pp. 5-9. Contamos también con las aportaciones, igualmente interesantes, de otros facultativos militares con experiencia durante la Primera Guerra Mundial, en los regimientos de Sanidad Militar como agregados o comisionados españoles: ARGUELLES, Agapito: «Organización de los servicios sanitarios en el ejército francés», *Revista de Sanidad Militar*, n.º 9, mayo de 1921, p. 263-271; VALDERRAMA, José: «Los servicios sanitarios en la Gran Guerra», *Revista de Sanidad Militar*, n.º 9, mayo de 1925, pp. 229-232.

<sup>18</sup> «Homenaje a Gómez Ulla», *Revista de Sanidad Militar*, n.º 28, 1 de julio de 1922, pp. 369 – 371.

*Planificación de los servicios sanitarios*<sup>19</sup>

El extenso plan contemplaba varios apartados. Tras unas prevenciones iniciales de carácter general, el facultativo describía los servicios necesarios de primera línea y enumeraba la dotación sanitaria que debían llevar las barcas de desembarco. En su detallado informe establecía y organizaba los puestos de curación y operatorios y refería la relación de hidroaviones y barcos hospital que eran necesarios. De igual modo, determinaba cómo realizar el transporte y evacuación de los heridos y justificaba la necesidad de conformar un número determinado de compañías extra de camilleros. Otro aspecto al que prestaba atención era la relación y ubicación de los hospitales móviles de campaña, definiendo su número, así como el equipamiento de los equipos quirúrgicos. También hacía hincapié en la organización de los servicios de segunda línea y de retaguardia y, por último, explicaba con detalle los centros de evacuación donde trasladar a los heridos y enfermos de las diferentes unidades que iban a desembarcar.

El plan de Gómez Ulla se llevó a cabo tal y como lo proyectó, teniendo en cuenta que, durante el transcurso de la maniobra de desembarco hubo de modificarse alguna actuación y buscar alternativas sobre la marcha, pues como en cualquier planeamiento de estrategia militar, las instrucciones iniciales deben ajustarse a las circunstancias de todo tipo que afectan al curso del combate; entre ellas la estrategia que el enemigo diseña. Aparte de esta, entraron en juego otras contingencias derivadas, por ejemplo, del relieve que presenta el terreno o de la meteorología: el primero se desconocía; en cuanto a la predicción del tiempo, en España dicha ciencia apenas se había iniciado, tratándose, por tanto «de un arte nigromántico»<sup>20</sup>.

*a. Prevenciones generales*

Al frente de cada columna se nombró un jefe de Sanidad con empleo de comandante (recordemos que Ignacio Despujols, jefe de Estado Mayor del ejército español en África, organizó 5 columnas distribuidas de la siguiente manera: dos en la Brigada que partió de Melilla y tres en la Brigada que zarpó desde el puerto de Ceuta). En la Brigada del general Saro, la columna de Francisco Franco Bahamonde estuvo representada por el comandante médico Francisco Gómez Arroyo; la columna de Miguel Campins, por Ovidio Fernández Rodríguez y la columna de Benito Martín por Juan Arana

<sup>19</sup> La documentación relacionada con el proyecto de Sanidad Militar para la operación se halla en el AGMM, África, rollo 633, legajo 449, carpeta 9 y rollo 635, legajo 451, carpeta 4. Este último rollo contiene amplia documentación.

<sup>20</sup> *Aérea. Revista ilustrada de aeronáutica*, n.º 25, 1925.

Ciriza. Por su parte, en la Brigada de Emilio Fernández Pérez, la columna de Félix Vera dicho cargo lo ostentó Enrique Fernández Lozano, y en la columna de Manuel Goded el médico adjunto fue Pedro Bothelier Saldaña. Al lado de cada uno de los generales que mandaba las brigadas se asignó a un jefe encargado de los servicios sanitarios, con el objeto de asesorar al mando en todo momento. Gómez Ulla propuso que estos fueran los jefes de Sanidad Militar de Ceuta y de Melilla: coroneles Francisco Fernández Victorio y Eduardo Coll Sellarés, respectivamente.

Los jefes de Sanidad de las columnas, antes de embarcar las unidades en los transportes, comprobaron que todos: jefes, oficiales y tropa llevaban su correspondiente «paquete de cura individual», dando instrucciones precisas para su uso y conservación, y advirtiéndoles que cuidaran no perderlo, pues este sería el único material que dispondrían en los primeros momentos. El «botiquín» contenía vendas y yodo, además de un palo tortor para cortar la hemorragia. Como medida de apoyo a los sanitarios, se ordenó a los oficiales médicos de las unidades que instruyeran convenientemente a un practicante (persona legalmente capacitada para realizar operaciones de cirugía menor, hacer curas, poner inyecciones o administrar medicinas) por cada 200 hombres en el manejo del tortor (palo corto o barra de hierro con que se aprieta, dándole vueltas, una cuerda atada por sus dos cabos) y en la aplicación de la cura individual, a la cual ya se ha hecho referencia.

Asimismo, antes de zarpar los comandantes médicos pasaron revista al material sanitario de los cuerpos, con objeto de asegurar que este fuera al completo con todos sus elementos. Aparte de los oficiales médicos, camilleros y material adscrito a cada unidad, en ambas brigadas se organizó un barco que transportaba los elementos y las unidades de Sanidad Militar: camilleros, sección de higiene y personal afecto al hospital móvil y a la ambulancia de montaña; en el caso de la Brigada de Melilla el barco fue el *Sagunto* y en la Brigada de Ceuta el *Escolano*.

#### b. *Servicios de primera línea*

Los servicios de primera línea comenzaron a prestarse en las barcasas de desembarco. Tanto la recogida de heridos y los primeros auxilios debían realizarse y ser prestados por los elementos sanitarios a bordo de las «K». Dicho personal tenía doble naturaleza: los que normalmente acompañaban a las tropas y que con ellas debían quedar en tierra y los de la dotación sanitaria asignada a cada barcaza. Este último elemento prestó un eficiente servicio durante las dos primeras oleadas de desembarco, las correspondientes a las columnas de Francisco Franco y de Martín.

Con el primer contingente en tierra, y ocupadas las alturas próximas a la playa, el peligro durante las ulteriores maniobras de desembarco disminuyó notablemente. El equipo con que se dotó cada barcaza se organizó con el fin de no utilizar los elementos sanitarios de las tropas, pues una vez en tierra se consideraban imprescindibles, además de las dificultades que en los primeros momentos o incluso días supondría reponer dicho personal. Cada barcaza contaba, pues, con una pequeña dotación de material y de personal fijo para la atención a los heridos. En cuanto al personal, se nombró un equipo de 6 hombres por cada «K», que fue seleccionado entre los practicantes de carrera de unidades que no habían sido designadas para acompañar a las tropas durante las maniobras de desembarco y el subsiguiente establecimiento de una cabeza de playa suficientemente segura para desembarcar el conjunto de material.

Con relación al material, cada barcaza llevaba la siguiente dotación: 50 paquetes de cura individual, 50 paquetes de compresas, 100 vendas surtidas, 300 gramos de pintura de yodo, 1 litro de alcohol de 90 grados y 6 tubos de goma para hemostasia (detención de la hemorragia).

c. *Puestos de curación y operatorios*

La necesidad obligó a que estos puestos cubrieran ambos cometidos. Con la información que nos aportan los documentos de archivo podemos adelantar que los sanitarios destinados en estos puntos trabajaron en condiciones precarias. A continuación, se justifica esta hipótesis. En concreto, se dispusieron cuatro puntos de atención: uno fijo en el Peñón y los tres restantes en barcos. Respecto a los barcos hospital, Mariano Gómez Ulla elevó una queja al general en jefe lamentándose de que estos no reunían las condiciones necesarias: «según mis noticias, los dos últimos barcos elegidos tienen malísimas condiciones para dicho fin, por su poca capacidad y disposición. El *Barceló* es muy malo y estos son infinitamente peores [se refiere al *Villarreal* y al *Andalucía*]. Considero es mi deber hacerlo notar»<sup>21</sup>. De este modo, alertaba al alto mando de que los buques hospital no reunían los requisitos para atender a los heridos. En cada uno de los tres barcos se instaló un puesto quirúrgico, cuyas funciones se limitaron simplemente a curar y poner en condiciones de transporte a los heridos que recibieron, practicando únicamente las intervenciones de imprescindible urgencia. Para la buena marcha de los servicios, dentro de cada barco se instaló en cubierta una tienda cuadrada del servicio de sanidad con objeto de diagnosticar y

<sup>21</sup> AGMM, África, rollo 633, «Operaciones-preparación del desembarco. Proyecto Gómez Ulla», legajo 449, carpeta 9.

clasificar a los heridos. Es decir, un puesto de triaje, una práctica con más de 100 años de existencia, pues sabemos que se comenzó a realizar en las guerras napoleónicas<sup>22</sup>.

Por lo que respecta al Hospital del Peñón, y en base a la información recibida desde Melilla, el jefe de los servicios sanitarios de la operación envió un informe en el que proponía los cambios que en su opinión debían llevarse a cabo para acondicionar el citado hospital a las necesidades que requería la inminente maniobra. Consideraba que la sala dedicada a operaciones no estaba ubicada en un lugar apropiado, pues su localización, justo debajo del emplazamiento de una pieza de artillería, constituía un inconveniente serio por el desprendimiento de polvo a que daba lugar la trepidación en el momento de realizarse los disparos. Así mismo, los locales destinados a sala de enfermería, con una capacidad de treinta camas, habían sido destruidos por los bombardeos del enemigo, quedando reducidos a unas diez o quince camas su capacidad de alojamiento en ese momento (finales de agosto de 1925). Gómez Ulla hacía hincapié en la importancia de la instalación de dicho puesto quirúrgico para intervenir a los heridos graves, pues los barcos hospital no reunían –como se ha dicho– condiciones, «ni aún el mismo *Barceló*». Todo ello aparte de la influencia del mareo sobre los cirujanos, que podía incluso llegar a inutilizarlos<sup>23</sup>.

Con todo, el autor del proyecto elaboró un documento en el que describía las condiciones mínimas de higiene que precisaban las salas, además de otros aspectos que debían ofrecer las instalaciones. Gómez Ulla proponía habilitar un local que sirviera de sala de cirugía lo suficientemente amplia como para instalar dos mesas de operación<sup>24</sup>. No consideraba una condición *sine quanon* que la habitación careciera de luz natural si contaba con luz eléctrica. Solicitaba además un segundo local para instalar al menos cuarenta camas y repuesto de agua en abundancia para cubrir todas las necesidades. Reconocía indispensable la instalación de una grúa, que debía instalarse en el punto más conveniente de la isla, para subir a los heridos desde los botes de transporte. Estas eran las condiciones que exigía. Sin embargo, el médico cirujano era consciente de la premura de las operaciones, por ello, en el informe anotaba que, si las mejoras que proponía fueran imposibles de materializarse –como así fue finalmente– podría pensarse como alternativa montar el puesto operatorio a bordo de unos de los acorazados tipo «Al-

<sup>22</sup> MARGARET MACMILLAN: *La guerra. Cómo nos han marcado los conflictos*, Madrid, Turner, 2021, p. 47.

<sup>23</sup> AGMM, África, rollo 633, «Operaciones-preparación del desembarco. Proyecto Gómez Ulla», legajo 449, carpeta 9.

<sup>24</sup> *Ibidem*

fonso», refiriéndose al *Alfonso XIII* o al *Jaime I*, por ser más estables, aun cuando ese tipo de barco no reunía tampoco grandes condiciones. Cerraba el escrito puntualizando que, desde todos los puntos de vista era preferible establecer el puesto en el Peñón. Finalmente, el Hospital del Peñón no se acondicionó porque no hubo tiempo material y la sala de operaciones tal y como solicitaba el doctor no pudo utilizarse como principal puesto quirúrgico de urgencias. Tampoco se cedieron los dos acorazados de la escuadra para tareas sanitarias.

No obstante, el gran esfuerzo que se realizó por contar con un punto en tierra firme para operar de urgencia a los heridos de gravedad, las condiciones tanto del Peñón como de los barcos hospital eran precarias, por las razones ya apuntadas. Si a esta circunstancia se añade el elevado volumen de heridos que se preveía (que luego no fue tan alto), Gómez Ulla planteó la opción de habilitar entre dos y cuatro hidroaviones destinados al transporte de heridos graves. «Debe ser sencillo ponerlos en condiciones para que lleven uno o dos heridos acostados»<sup>25</sup>. Explicaba que las evacuaciones se harían a Málaga o a Melilla y no a Mar Chica para evitar el transporte posterior en ambulancia. A esta idea, el sanitario le concedía gran importancia, «pues resolvería el problema de locales sin aumentar la capacidad de hospitalización del Peñón»<sup>26</sup>. El alto mando debió de entenderlo así, ya que cedió a la petición del médico militar y ordenó que se adaptaran dos hidros Dornier para el transporte de heridos, y dispuso que se fondearan próximos a la playa. Además de los Dornier, la Cruz Roja colaboró con dos Junkers F-13<sup>27</sup>. La compra de estos dos últimos aviones la costeó Alfonso XIII. Se trataba de aviones modernos, de ala baja, con un motor de 280 c.v. y una velocidad de 170 km por hora. Tenían capacidad para transportar cuatro heridos: dos tumbados y dos sentados<sup>28</sup>. Fueron, por tanto, cuatro los aparatos de vuelo que se dedicaron a trasladar heridos a Málaga y a Melilla. A pesar de las recomendaciones de Gómez Ulla de amerizar en el puerto de Melilla y evitar la base del Atalayón, fueron varios los servicios que se realizaron en este punto. Si atendemos al estudio del médico civil González Canomanuel, los hidros no amerizaron en Melilla hasta el 16 de octubre de 1925 por falta de permiso, cuyas razones desconocemos. Según el autor se realizaron 28

<sup>25</sup> *Ibidem*

<sup>26</sup> *Ibidem*

<sup>27</sup> SÁNCHEZ MENDEZ, José y KINDELAN CAMP, Alfredo: «La aviación militar española en la campaña de Marruecos (1909- 1927)», *Aeroplano*. Especial. n.º 29, 2011, p. 94.

<sup>28</sup> GONZÁLEZ CANOMANUEL, MÁ: «Los primeros heridos y enfermos evacuados por vía aérea en España por la Aeronáutica Militar (1923-1927). 95.º aniversario del comienzo de la aviación sanitaria española», *Sanidad mil.* 2018; (74) 3, p. 193.

traslados desde el entorno de Alhucemas hasta la base de hidroaviones del Atalayón, en la Mar Chica o hasta Melilla<sup>29</sup>.

A Gómez Ulla le preocupaba que a muchos de los heridos había que rasgarles los uniformes para curarles, o que llegaran con ellos muy manchados de sangre, por lo que estimaba conveniente que en los barcos hospital se instalara un depósito de pijamas o prendas de uniforme, con el fin de evitar, en el momento de bajarse del barco, especialmente de aquellos enviados a la Península, el desagradable efecto de un herido desnudo o con vestidos empapados en sangre.

d. *Transporte y evacuación de bajas*

Desde el punto de vista sanitario constituye la fase más importante en una operación de guerra de esta naturaleza. De su organización y rapidez depende la vida de los heridos, debiendo por lo tanto dedicarse a este servicio la mayor suma de elementos. Desconocemos cuántos soldados murieron por no ser atendidos de forma inmediata, con toda probabilidad no lo sabremos nunca; sin embargo, lo que sí sabemos es que se realizó un extraordinario esfuerzo por parte de los servicios sanitarios, incluidos farmacéuticos, practicantes, camilleros, enfermeras, y resto de personal que estuvo al lado de los enfermos y heridos, y que contribuyó a salvar un elevado número de vidas, en la que fue la mayor operación que el ejército español llevó a cabo en Marruecos.

El 8 de septiembre de 1925 al amanecer, el convoy se encontraba muy disperso del mismo modo que el día anterior; sin embargo, tras la orden de forzar la marcha, todos los barcos de la flota que transportaban a las tropas de la Brigada Saro lograron concentrarse en el punto acordado en torno a las 10:00 h.<sup>30</sup> La mañana se presentaba meteorológicamente con «viento flojo del N.E., marejadilla del mismo, cielo cubierto, cariz de Levante»<sup>31</sup>. A las 11:00 horas se dio la orden para que las barcazas se lanzaran sobre la playa, impulsadas ya por sus propios motores «bajo un ruido ensordecedor»<sup>32</sup>. Mientras tanto, los buques de la escuadra de instrucción y la división naval

<sup>29</sup> *Ibidem*, p. 196.

<sup>30</sup> Un análisis detallado de la operación puede verse en DÍEZ RIOJA, Ramón: *El desembarco de Alhucemas. La intrahistoria de una operación concluyente (1911-1925)*, Ministerio de Defensa, 2023.

<sup>31</sup> AGA, África, caja M7 81/9985. Exp. núm. 3. Preparación y ejecución de las operaciones de desembarco y ocupación de la bahía de Alhucemas. Telegrama oficial del comandante de la Marina al general encargado de Despacho del cuartel general del alto mando.

<sup>32</sup> «Alhucemas. Diario del coronel Franco», *Revista de Tropas Coloniales* n.º 10, octubre de 1925, p. 3. Véase el testimonio del coronel Franco ampliado en FRANCO BAHAMONDE, Francisco: «Diario de Alhucemas» en *Papeles de la guerra de Marruecos*, Madrid, Fundación Nacional Francisco Franco, 1986, pp. 203-223.

de África comenzaron a batir la costa intentando destruir la artillería rifeña. A la vez, desde el aire, varias escuadrillas de aviones: la 1.<sup>a</sup> escuadrilla de Fokker C. IV bajo el mando de González Gallarza, la 2.<sup>a</sup> escuadrilla de Bristol F.2B dirigida por Álvarez Buylla, y los Dornier Wal de Ortiz Muñoz, apoyaban a las unidades de desembarco, bombardeando los nidos de batería y de ametralladora enemigos. Las primeras tropas arribaron a la playa de Ixdain, a poniente de la Cebadilla. Cuando las plataformas de proa de las «K» comenzaron a desplegarse, aproximadamente a 50 m. de la playa, los soldados, unos 300 por barcaza, saltaron al agua para alcanzar la costa, y fue en ese momento, cuando se produjeron las primeras bajas, víctimas de los impactos de fusilería y ametralladora rifeños. El traslado de esos primeros heridos, así como los caídos en la misma playa se realizó por las mismas «K» que condujeron a las tropas hacia la costa.

Gómez Ulla consideró aquel momento el más delicado por la vulnerabilidad de los soldados, expuestos como dianas a la enfilada que representaban para los defensores que, parapetados en las elevaciones próximas a la playa, podían ocasionar un alto número de heridos. Para atender a los heridos organizó un plan basado en la división en tres grupos, teniendo cada uno de estos un destino diferente:

1. Heridos de vientre, de cráneo graves y necesitados de intervención inmediata. Estos eran operados de urgencia en uno de los tres barcos hospital, y posteriormente se les trasladaba a Melilla para ser ingresados en el Hospital Militar de Melilla o en el Hospital de la Cruz Roja.
2. Heridos de tórax, de cráneo leves y con fracturas óseas pertenecientes a tropas indígenas y banderas del Tercio, en los buques hospital *Villarreal* y *Andalucía* para ser evacuados a Melilla.
3. Heridos de tórax, de cráneo leves y con fracturas óseas de unidades peninsulares al *Barceló* para ser evacuados a Málaga.

Del mismo modo, el comandante médico había previsto que el barco hospital *Barceló* se situará en el centro, detrás de los buques de guerra y a una distancia prudente de seguridad. Mientras tanto el *Villarreal*, afecto a la Brigada de Melilla y el *Andalucía* en reserva, quedaron más alejados de la zona de desembarco, pero igualmente preparados para recibir los primeros heridos.

El transporte de los heridos desde las «K» hasta los puestos quirúrgicos, es decir, a los barcos hospital, se hizo por medio de los botes de motor de la Armada, para no distraer de sus funciones a las barcazas de desembarco. Por cada dos «K» se asignó un bote de motor, en el que viajaba un practi-



cante de carrera y cuatro soldados ayudantes del cuerpo de Sanidad Militar; en el bote, de igual forma que en las barcasas, se disponía de material sanitario para llevar a cabo los primeros auxilios. Los botes, que se agruparon en grupos de cuatro, llevaban a proa una bandera de la Cruz Roja; y a uno de ellos, dotado de un mástil lo suficientemente alto para que portara la misma enseña de la Cruz Roja, se le asignó un cometido especial: el transporte de los heridos necesitados de urgente intervención. Los tres principales cirujanos que prestaron servicio en los barcos hospital durante aquellos días de septiembre tan intensos fueron el capitán médico Agustín López Múñiz, el comandante médico Gregorio Fernández Lozano y el comandante Enrique Ostalé González; junto a ellos, Mariano Gómez Ulla, en principio a bordo del *Barceló*, aunque también supervisó y ayudó a sus otros tres compañeros en los otros dos barcos hospital al servicio de la operación<sup>33</sup>.

Las instrucciones que se distribuyeron (comunes para barcasas y botes de motor) desgranaban el procedimiento detallado del transporte de los heridos. Dichos botes debían seguir a sus respectivas «K» procurando alejarse de la zona batida por los fuegos enemigos – medida que no evitó que varios de ellos volcaran a causa del oleaje provocado por los impactos de la artillería enemiga– y al regresar aquellas para recoger nuevas tropas, estos debían acercarse en ruta a las barcasas con heridos, previa señal con una bandera blanca, procurando hacer el transbordo en marcha, con objeto de que las «K» no perdieran tiempo en el traslado de las unidades a la costa. Mientras, los botes de motor especiales, o sea, los encargados del transporte de heridos de vientre y otros necesitados de urgente intervención, situados a retaguardia, a medio camino entre los botes de transporte general y el barco hospital que tenían asignado, debían esperar la señal de aquellos que advertía que llevaban a bordo heridos de gravedad; entonces estos debían aproximarse y transbordar a los heridos, trasladándolos inmediatamente al barco hospital o directamente a los hidros para ser evacuados a Málaga o a Melilla.

Dada la importancia de las primeras horas e incluso días, pues las tropas de la Brigada de Melilla no comenzaron a desembarcar hasta el día 11 de septiembre, Gómez Ulla estableció que los jefes de Sanidad de las columnas tuvieran a su disposición un pequeño bote de motor, con el fin de vigilar directamente, no solo el transporte de bajas sino también el funcionamiento de los «puestos de curación y operatorios», que por ser de primera línea, formaban parte de su jurisdicción, y así poder inspeccionar el cumplimiento de las órdenes transmitidas a los oficiales médicos de las unidades.

<sup>33</sup> SLOCKER, Enrique: «Los servicios sanitarios en Alhucemas», *Revista de Sanidad Militar*, n.º 16, 15 de diciembre de 1925, p. 476.

e. *Compañías de camilleros*<sup>34</sup>

Una vez establecida la cabeza de playa, y en el avance de las tropas a ocupar los objetivos, se tornaba fundamental el papel de los camilleros que acompañaban a aquellas en su marcha para recoger a los heridos. En 1925 no existía en el ejército español una columna de camilleros divisionaria, considerada de gran utilidad en los frentes de combate de la Gran Guerra. Para la operación de Alhucemas se creó una compañía de 150 hombres con cuarenta camillas, mandadas por un suboficial y las clases necesarias que, a las inmediatas órdenes del jefe de Sanidad de cada columna, pudiera emplearlas dónde y en el momento que mejor conviniera. Estas compañías se formaron con soldados peninsulares. Independiente de ellas, y solo para el momento del desembarco, se asignaron a las «K» ocho camilleros.

f. *Hospitales móviles de campaña*

Durante la Primera Guerra Mundial la atención médico-quirúrgica de los heridos tuvo un gran desarrollo y entre los avances más significativos se idearon «hospitales móviles y hospitales de campaña próximos al frente»<sup>35</sup>. La cirugía (de heridas traumáticas o para reconstruir rostros destrozados) avanzó extraordinariamente durante las guerras del siglo XX<sup>36</sup>.

Asegurada la zona de desembarco, el proyecto contemplaba la instalación inmediata de un hospital móvil de campaña por cada brigada. Así, todo el material necesario para levantar las instalaciones de los dos puestos de atención se cargó en uno de los barcos afectos a la flota de cada brigada. Además de la dotación de material, en dichos barcos se hallaba el personal vinculado a ambos hospitales. Para entender cómo eran estos hospitales y qué servicios prestaban, es necesario ampliar la mirada al conjunto de centros sanitarios que existían entonces en el Protectorado, y también en la Península.

Los hospitales militares podían ser móviles y fijos, auxiliares y permanentes. Los móviles se dividían en «hospitales de campaña y hospitales de evacuación»<sup>37</sup>. Esta división de los hospitales móviles de campaña, des-

<sup>34</sup> En 1926, posterior al desembarco, se publicó un libro de instrucciones para los camilleros: *Reglamento para la instrucción de camilleros*, Madrid, Talleres del Depósito de la Guerra, 1926.

<sup>35</sup> NAVARRO SUAY, R. y PLAZA TORRES, J.F.: «1925: cuando volvimos a ser grandes... el apoyo sanitario en el desembarco de Alhucemas», *Sanid. Mil.* 2012; 68 (4): 247-256.

<sup>36</sup> MARGARET MACMILLAN: *La guerra. Cómo nos han marcado los conflictos...op. cit.*, p. 48.

<sup>37</sup> FARRERAS SEMPERE, Pedro: «Servicio sanitario en los Hospitales Militares en paz y en guerra. Personal y material asignado a este servicio. Hospitales móviles y fijos, auxiliares y permanentes», *Revista de Sanidad Militar*, n.º 15, 15 de noviembre de 1925, pp. 437 – 444.

crita por el doctor Farreras en 1925, difiere de la interpretación que hacen Navarro y Plaza, quienes diferencian entre «hospitales móviles y hospitales de campaña»<sup>38</sup>. Los hospitales móviles de campaña tenían como objetivo la hospitalización de los heridos que no podían ser trasladados y debían ser asistidos en la proximidad del frente. Estos hospitales proliferaron en las cercanías de los teatros de operaciones a partir de la guerra de Crimea, en la que resultó desastroso el transporte sistemático de los heridos<sup>39</sup>. El reglamento vigente en España para el servicio sanitario de campaña, en el artículo 97 disponía que no se transportara a los heridos de cabeza, tórax o abdomen ni tampoco a los heridos con fracturas de fémur, pelvis, rodilla, pie y fracturas costales. Debían, por tanto, ser asistidos en los hospitales móviles o ambulantes, es decir en las ambulancias o en los hospitales de campaña.

Una variedad interesante del hospital de campaña en Marruecos, a partir de 1921, fue el «Hospital a lomo Gómez Ulla». Este hospital, ideado por Mariano Gómez Ulla, constaba de una barraca-quirófano (que se podía instalar en cualquier sitio del campo y quedaba completamente horizontal, aunque no lo estuviera el terreno) en la que se colocaban dos mesas de operaciones, con el instrumental necesario para practicar intervenciones quirúrgicas urgentes, y dos autoclaves de 21 cm para esterilizar el instrumental y vendajes; también contaba con 100 camillas especiales (con colchoneta, cabezal, sábanas y mantas), cada dos de las cuales podían colocarse sobre soportes que las elevaban 60 cm del suelo. Para el alojamiento de los heridos, el hospital disponía de cinco tiendas de campaña (con 20 camas cada una), embaladas en fardos, ninguno de los cuales con un peso superior a 150 kg. El resto del material (apósitos y vendajes, ropa, utensilios de cocina, etc.) se transportaba en cestones de mimbre, forrados de cuero. Todo el material se organizaba en 53 cargas y se dotaba al convoy sanitario con 7 mulos de repuesto<sup>40</sup>.

Bien por la meteorología o por el fuego de artillería rifeña, hasta el 15 de septiembre no pudo descargarse el material del hospital a lomo «Gómez Ulla». Durante ese tiempo tampoco se dispuso de ambulancias de montaña,

<sup>38</sup> NAVARRO SUAY, R. y PLAZA TORRES, J.F.: «1925: cuando volvimos a ser grandes... el apoyo sanitario en el desembarco de Alhucemas», *Sanid. Mil... op. cit.*, p.438.

<sup>39</sup> *Ibidem*, p. 438.

<sup>40</sup> FARRERAS SEMPERE, Pedro: «Servicio sanitario en los Hospitales Militares en paz y en guerra. Personal y material asignado a este servicio. Hospitales móviles y fijos, auxiliares y permanentes», *Revista de Sanidad Militar*, n.º 15, 15 de noviembre de 1925, pp. 437 – 444. José María Gómez Ulla los denomina «Hospitales Quirúrgicos de Montaña». Se puede leer en GÓMEZ ULLA Y LEA, José María: *Mariano Gómez Ulla, un hombre, un cirujano, un militar... op. cit.*, pp. 35-37.

ni siquiera de mulos, carruajes ni de otros elementos más eficaces para el transporte; de manera que, la evacuación de los heridos a los hospitales móviles de campaña la realizaron las secciones de camilleros —tanto las asignadas a las unidades como las que se crearon *ad hoc* para el desembarco—, las cuales portaban varias vasijas de agua para atender las necesidades de los heridos durante el transporte<sup>41</sup>.

El primer hospital móvil de campaña se levantó el día 12 de septiembre en la playa de la Cebadilla con una dotación de 200 camas-camillas y 175 camillas ordinarias, quirófano y farmacia, con una plantilla de 175 soldados sanitarios. En doce horas el hospital quedó montado e inmediatamente entró en funcionamiento, clasificando a los heridos, supervisando y rectificando las primeras curas que habían recibido en la línea del frente<sup>42</sup>. Ese mismo día incluso se practicaron varias operaciones por parte de los equipos quirúrgicos, quedando algunos heridos ingresados. Desde los primeros momentos trabajaron en el hospital, en «penosas condiciones» en una instalación batida por la artillería enemiga, los comandantes médicos Eduardo Sánchez Vega y Florencio Herrero Menguijón<sup>43</sup>. Junto a los cirujanos, prestando también su apoyo, actuaron un «ayudante de manos» y un anestésico, que asistían a los facultativos en la sala de operaciones<sup>44</sup>. Por su parte, el hospital móvil de campaña afecto a la Brigada de Melilla no pudo levantarse hasta el día 19 de septiembre, y se instaló en la Cala Bonita, entre los Morros Nuevo y Viejo<sup>45</sup>. Entre el 12 de septiembre y el 1 de octubre Gómez Ulla desembarcó varias veces en la playa de la Cebadilla y en la Cala Bonita, con el objeto de inspeccionar ambos hospitales móviles de campaña, siendo acompañado por la duquesa de la Victoria, que coordinaba los servicios de enfermería<sup>46</sup>.

Los hospitales de evacuación —segunda variedad de los hospitales de campaña— se pensaron para recibir a los heridos y enfermos transportables,

<sup>41</sup> AGMM, África, rollo 633 «Operaciones-preparación del desembarco. Plan de evacuación de heridos en los primeros momentos que propone el comandante médico Gregorio Fernández Lozano, jefe de sanidad de la columna de Emilio Fernández Pérez.», legajo 449, carpeta 10.

<sup>42</sup> SLOCKER, Enrique: «Los servicios sanitarios en Alhucemas», *Revista de Sanidad Militar*, n.º 16, 15 de diciembre de 1925, pp. 469-476.

<sup>43</sup> AGMM, África, rollo 633 «Operaciones-preparación del desembarco. Proyecto Gómez Ulla», legajo 449, carpeta 9.

<sup>44</sup> SLOCKER, Enrique: «Los servicios sanitarios en Alhucemas», *Revista de Sanidad Militar... op. cit.*, p. 474.

<sup>45</sup> AGMM, África, rollo 633 «Desembarco de alhucemas. Brigada de Melilla. 2.ª columna. Diario de operaciones de la columna desde su organización hasta el 9 de octubre de 1925, fecha de su desaparición», legajo 449, carpeta 10.

<sup>46</sup> AGMM, África, rollo 633 «Operaciones-preparación del desembarco. Proyecto Gómez Ulla», legajo 449, carpeta 9.

y asistirles hasta que pudieran ser dados de alta o evacuados a un hospital fijo. Estos hospitales, durante la Gran Guerra, se improvisaban más a retaguardia, en tiendas, barracones o edificios requisados. Se procuraban establecer cerca de grandes vías y no lejos del frente, para que los heridos y enfermos curados pudieran regresar al frente tan pronto como fuera posible.

Con relación a los hospitales fijos, estos podían ser provisionales o permanentes. Los primeros se improvisaban durante los periodos de combate, como los de evacuación, en barracones desmontables, cuadras, teatros, casonas, etc. Los hospitales fijos en 1925 eran los hospitales castrenses propiamente dichos y los considerados auxiliares, como los de la Cruz Roja<sup>47</sup>.

g. *Servicios de segunda línea y retaguardia. Los centros de evacuación*

El servicio de retaguardia comenzó en el momento en que los barcos hospital emprendían la marcha hacia las bases hospitalarias fijas. Los heridos durante la travesía llevaban aneja una tarjeta de diagnóstico, y únicamente iban provistos de sobres de evacuación y gráfico clínico aquellos que habían sido intervenidos.

Respecto a los centros de evacuación, se habilitaron cuatro: tres en la Península y uno en Melilla, y se les dotó de la mayor capacidad de hospitalización posible. Gómez Ulla y otros oficiales médicos pensaron que crear grandes bases o centros quirúrgicos ofrecía ventajas considerables, pues economizaba material y personal. Argumentaban que con el mismo material quirúrgico y de esterilización y un ligero aumento de personal se podía atender a 200 heridos de igual manera que se asistía a 50. Aparte, en el proyecto se esgrimía otra motivación para limitar dichos centros y era la poca velocidad de los barcos destinados a hospitales.

Por razones hospitalarias, así como también por la situación y condiciones que presentaban los hospitales, se estimó que los puertos de desembarco fueran Melilla (para tropas indígenas y del Tercio), Cádiz con su filial en Sevilla, y Málaga con su filial en Madrid (para las tropas peninsulares). La capacidad de los hospitales de Melilla, en septiembre de 1925, era de 800 camas distribuidas en tres centros: el Docker, que era el Hospital Militar; el hospital de «Indígenas» y el hospital de la Cruz Roja. Pocos días antes de ponerse en marcha la operación, se ordenó desalojar los hospitales con el objeto de estar preparados para recibir y atender exclusivamente a los heridos procedentes de Alhucemas. Los enfermos que había en los hospitales se

<sup>47</sup> FARRERAS SEMPERE, Pedro: «Servicio sanitario en los Hospitales Militares en paz y en guerra. Personal y material asignado a este servicio. Hospitales móviles y fijos, auxiliares y permanentes», *Revista de Sanidad Militar*, n.º 15, 15 de noviembre de 1925, pp. 437 – 444.

enviaron a las Chafarinas y a Ceuta. Por si hubiera dificultades en Melilla para atender un volumen de heridos superior al número de camas disponible, se propuso Ceuta como puerto alternativo, siendo entonces dos los puertos de evacuación en África. Aunque finalmente el Hospital Militar de Ceuta apenas recibió heridos, Gómez Ulla pensó en dicha posibilidad y dispuso que tuvieran camas disponibles por si en última instancia fueran necesarias.

El Hospital de Cádiz disponía de 400 camas y en Sevilla (su filial) se contaba con el Hospital Militar y el Hospital de la Cruz Roja, que entre los dos sumaban casi 400 camas, igual que en Cádiz. En caso de necesidad, en Sevilla había una tercera opción: el palacio de San Telmo, que ya se había utilizado en 1921. Simultáneamente, en Cádiz se dispuso que, de manera permanente, hubiera un tren hospital para hacer el recorrido hasta Sevilla.

En Málaga se «requisó» un hospital civil y en el Hospital de la Cruz Roja se instalaron, como en 1921, 100 camas adicionales. En Madrid (filial de Málaga) se dispusieron 700 camas: 600 en el Hospital Militar de Carabanchel y 100 en el hospital de la Cruz Roja. Del mismo modo que en Cádiz se habilitó un tren hospital para trasladar, en caso de necesidad, heridos desde Málaga hasta Madrid. Con relación a los trenes hospital, estos en opinión de Gómez Ulla, eran «improvisados y con escasa capacidad». En suma, el número de camas disponibles para asistir a los «heridos de Alhucemas», entre Melilla, Cádiz, Sevilla, Málaga y Madrid, fue de 2900. Esto significa que había disponible una cama por cada 6 soldados. El dato abunda en la idea de la implicación de los Estados al servicio de la guerra moderna.

Continuando con los preparativos, también se llevó a cabo el traslado de enfermos, que entonces estaban ingresados en los hospitales de Madrid a otros hospitales cercanos, entre ellos a Segovia, Guadalajara, Alcalá de Henares, Valladolid y Burgos. Como no había trenes hospital, pues los dos únicos se utilizaron para el transporte de heridos desde Málaga a Madrid y desde Cádiz a Sevilla, se propuso que los traslados se realizaran agregando a los trenes ordinarios un vagón para enfermos, acompañados por el personal sanitario imprescindible.

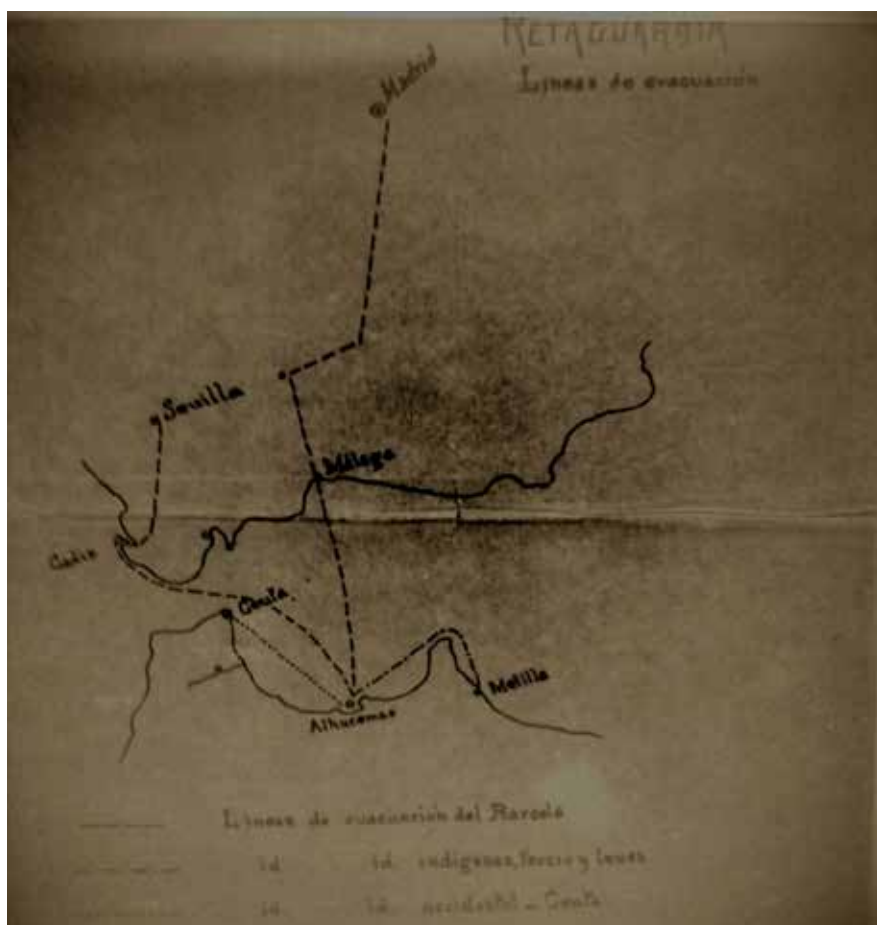
Resumiendo, las líneas de evacuación que se habilitaron fueron tres, si bien es cierto que la tercera apenas se utilizó:

1. Alhucemas-Melilla.
2. Alhucemas-Málaga.
3. Alhucemas-Cádiz.

Del mismo modo que hemos destacado el papel de algunos de los cirujanos y facultativos más relevantes que sirvieron en primera línea, merecen igualmente nuestro reconocimiento, por la excelente labor que desem-

peñaron secundando y rectificando el trabajo de primera línea, los médicos y cirujanos que asistieron a los heridos en los hospitales de retaguardia. Entre ellos sobresalieron los jefes de equipo Atilano Cerezo Abad y Virgilio García Peñaranda, además del teniente coronel médico José del Buey, destinados en el Docker de Melilla y Federico Illana Sánchez en el Hospital Militar Málaga. En el Hospital de la Cruz Roja de Melilla debemos resaltar la labor del cirujano Clemente Arranz, por su importante trabajo en el quirófano.

A continuación, se adjunta un croquis elaborado por Mariano Gómez Ulla, donde se describen las líneas de evacuación de enfermos y heridos.



**Imagen n.º 1. Línea de evacuación de heridos para la operación de desembarco en Alhucemas. AGMM, África, rollo 633 «Operaciones-preparación del desembarco», legajo 449, carpeta 9**



Mapa n.º 1. Bahía de Alhucemas. El desembarco se llevó a cabo fuera de la bahía, en la costa oeste, en las playas de Ixdain y la Cebadilla, en territorio de la cabila de Bocoya. Elaboración propia a partir de los mapas y planos del Centro Geográfico del Ejército



#### h. *La tarjeta de diagnóstico y el sobre sanitario*

Dos de los avances más importantes en el contexto de la Sanidad Militar, que se pusieron en marcha en el Protectorado español en Marruecos, fueron la «tarjeta de diagnóstico» y el «sobre sanitario». Por indicación del comandante médico Mariano Gómez Ulla se repartieron entre los médicos militares las instrucciones respecto al modo de emplear la tarjeta de diagnóstico y el sobre sanitario, procedimientos empleados en Marruecos a raíz de los hechos de Annual. Ambos métodos constituyeron un gran progreso en la medicina de guerra, y posteriormente en la sanidad civil, cuyos beneficios debemos a Gómez Ulla, quien, junto al apoyo de otros médicos militares, importó de los frentes de batalla de la Gran Guerra<sup>48</sup>.

El objetivo de la tarjeta de diagnóstico era determinar el pronóstico que presentaba el herido. A partir del «desastre» de Annual en el verano de 1921 todos los heridos o enfermos procedentes de las primeras líneas debían ser evacuados portando la correspondiente tarjeta de diagnóstico. En caso de herida leve se ordenaba separar la banda roja que indicaba gravedad. Por el contrario, si la herida era grave debía aparecer la banda roja en diagonal, y además los médicos tenían que indicar la parte del cuerpo donde se hallaba la lesión. La tarjeta incluía cuatro semicírculos rojos que representaban las cuatro partes principales del cuerpo. Este procedimiento de actuación era útil cuando se producían aglomeraciones de heridos, permitiendo rápidamente observar el tipo de lesiones que predominaban. Servía igualmente para indicar la existencia de lesiones múltiples, que no podían consignarse por escrito por falta de espacio, o cuando el diagnóstico no era legible, por estar mal escrito o porque se hubiera borrado. Las instrucciones contemplaban que en aquellos casos de apuro en que el médico no tuviera tiempo, los practicantes podían rellenar la tarjeta y enviar a los heridos a retaguardia. La tarjeta se convirtió en una herramienta indispensable en los campos de batalla.

En el caso de Alhucemas, la tarjeta diagnóstica una vez cumplimentada se introducía en el sobre sanitario con el resto de información del herido, permitiendo reunir una colección de datos de gran interés para el médico que acompañaba al herido durante el traslado, en los barcos hospital o en los hidros. Se trataba, pues, del historial clínico del paciente. Dicha información evitaba al herido exploraciones inútiles, indicaba al cirujano los tratamientos que se le habían aplicado, así como los resultados obtenidos. Sin objeto de duda, la tarjeta de diagnóstico economizaba tiempo y dinero.

El empleo de la tarjeta diagnóstica se iniciaba en las ambulancias y continuaba en los hospitales móviles de campaña y los hospitales móviles de

<sup>48</sup> REDONDO, F.: «Los observadores militares españoles en la Primera Guerra Mundial», en *Revista de historia militar*, 1985, 59, pp. 197-208.

evacuación, en los cuales el herido o el enfermo permanecía algún tiempo y había sido sometido a algún tratamiento. En el momento de la evacuación a un hospital de retaguardia (Melilla, Málaga o Cádiz) se debía consignar el diagnóstico y el pronóstico con las iniciales L (leve) o G (grave), indicando además todos los datos relativos a regímenes especiales, inyecciones, calmantes, fecha de cambio de los apósitos etc. El sobre sanitario se cerraba mediante dos tiras con papel engomado y el médico estampaba la firma o en su defecto, como ya se ha apuntado, el practicante. Durante el transporte el sobre se fijaba mediante dos cabos a una prenda de vestir, generalmente a la guerrera, y se explicaba a los heridos la importancia del sobre y de su contenido. Al ingresar el herido en un hospital de retaguardia, el médico o el cirujano comprobaba los datos de identidad correspondientes y a partir de ahí, todos los datos referentes a las pruebas que se le practicaban se iban introduciendo en el sobre sanitario: análisis, radiografías, gráficos de temperatura, etc. Y en la hoja clínica que se acompañaba, se describían con detalle las lesiones y la intervención o intervenciones quirúrgicas realizadas, consignando las fechas en que se habían practicado, así como los tratamientos especiales, en el caso de que los hubiera.

i. *Instrucciones para los médicos*

El proyecto del cirujano Gómez Ulla incluía, por último, una serie de recomendaciones, anejas al plan de actuación de los servicios sanitarios, que se enviaron al conjunto de hospitales donde estaba previsto recibir heridos y enfermos (Melilla, Málaga, Cádiz, Sevilla y Madrid), así como a las Comandancias Generales de Melilla, Ceuta y Larache, para que se distribuyera entre el personal sanitario implicado<sup>49</sup>. Aconsejaba a todos los médicos y cirujanos comprometidos en la operación, usar como principal líquido de lavado de heridas el suero fisiológico, y en caso de carecer del citado elemento, sugería utilizar una solución de cloruro de magnesio o agua esterilizada. Otra práctica que recomendó fue lavar la zona próxima a las heridas con éter, con alcohol o con otras soluciones alcohólicas con jabón.

Advertía el comandante médico que el suero antitetánico solo debía administrarse en aquellos casos de heridas producidas por arma blanca o por instrumento contundente. También proponía su inoculación en heridas provocadas por balas explosivas y todas aquellas causadas por cascos de metralleta. No aconsejaba su empleo en heridas producidas con bala simple. Pero apuntaba que, en caso de duda y sobre todo en centros sanitarios donde se hubiera registrado algún caso de tétanos, su empleo estaba igualmente indicado.

<sup>49</sup> AGMM, África, rollo 633 «Operaciones-preparación del desembarco. Proyecto Gómez Ulla», legajo 449, carpeta 9.

Con relación a las heridas causadas por contusión, las producidas por cascos de metralla y las de balas explosivas, sucias, pero no infectadas, recomendaba tratarse por medio de la resección de todos los tejidos necrosados, seguidas o no de sutura inmediata y apósito aséptico. Si la herida estaba infectada, sugería el desbridamiento de los tejidos con el fin de evitar la gangrena. Además, advertía que, si el herido presentaba heridas abdominales (en este caso se trataba de una instrucción para los hospitales móviles de campaña o de evacuación) debía procederse a una evacuación rápida. Respecto a las heridas de cráneo, indicaba igualmente una evacuación urgente. Todas estas observaciones, respecto a los diferentes modos de proceder, eran influencia de lo aprendido en los quirófanos de los hospitales franceses, durante la Gran Guerra, aparte de la experiencia que había adquirido previamente en los campos de batalla del Rif, en 1909 y 1911. Aunque los franceses eran nuestros vecinos de Protectorado no fue en ese espacio donde adquirieron los comisionados sanitarios españoles nuevas técnicas quirúrgicas, sino que fue sobre todo en los campos de batalla de Francia entre 1914 y 1918, por ser esta una guerra total donde la ciencia desarrolló extraordinarios progresos en la cirugía de guerra.

### *El servicio de enfermería en la operación de desembarco*<sup>50</sup>

Las enfermeras que trabajaron en la asistencia de los heridos, en el marco del «proyecto Gómez Ulla» durante la operación de desembarco en Alhucemas en 1925, pertenecían al cuerpo de «Damas enfermeras» y al cuerpo de enfermeras profesionales, ambos creados con el objeto de auxiliar a la Sanidad

<sup>50</sup> Las principales fuentes utilizadas relacionadas con la participación de la enfermería profesional en el desembarco de Alhucemas son las siguientes: *Memoria del Hospital de la Cruz Roja de Melilla. Años 1924, 1925, 1926 y 1927*, Madrid, 1927, pp. 29-37; OSSORIO DE GIL, Fernanda: *Memorias de una dama enfermera. Recuerdos e impresiones del servicio en el Hospital de la Cruz Roja de Melilla*, Burgos, Tip. del Monte Carmelo, 1923; SÁNCHEZ SUÁREZ, M.<sup>a</sup> Ángeles: *Mujeres en Melilla*, Granada, Grupo Editorial Universitario, 2004; ANGOLOTTI DE CARDENAS, Ignacio: *La Duquesa de la Victoria*, Madrid, Talleres gráficos Altamira, 1958. MIRALLES-SANGRO, M.<sup>a</sup> Teresa y DURÁN ESCRIBANO, Marta: «La enfermera en el monumento madrileño (1908-1936)». *Index Enferm.*, Vol. 14, no. 51, Granada, mar. 2005; LÓPEZ VALLECILLO, María: *Presencia social e imagen pública de las enfermeras en el siglo XX (1915-1940)*, 2016, Universidad de Valladolid; LÓPEZ VALLECILLO, María: «Las Damas Enfermeras de Cruz Roja en la Campaña de Marruecos (1921-1927)» en *Poder e influencia de las enfermeras en la historia: XVI Congreso Nacional y XI Internacional de Historia de la Enfermería*, Palma de Mallorca, 29-31 de octubre de 2018; PEREIRA PINILLA, M.<sup>a</sup> Jesús: «Implicación de la enfermería en las Campañas de Marruecos», *Hiades, Revista de historia de la enfermería*, n.º 11, 2015, pp. 657-666; PEREIRA PINILLA, M.<sup>a</sup> Jesús: *La sanidad militar española en las campañas de Marruecos (1859-1927). El desembarco de Alhucemas*, Tesis Doctoral, Universidad d Zaragoza, 2016.

Militar y a los médicos de la Cruz Roja. Un claro ejemplo de la imbricación entre la guerra y la sociedad, cada vez más presente en los Estados-nación contemporáneos. En Europa, la enfermería profesional apareció para atender a los soldados británicos en la guerra de Crimea, a mediados del siglo XIX. En aquella ocasión Florence Nightingale destacó en el cuidado de los heridos, lavando sus heridas, manteniéndolas asépticas y evitando de ese modo la gangrena y finalmente la muerte, tan común en los frentes de batalla, a causa de la infección: principal factor de mortandad en los campos de batalla decimonónicos.

De vuelta a España, convencidos de la necesidad de contar con un cuerpo de enfermería, la Cruz Roja inauguró en Madrid en 1918 la «Escuela de Enfermeras en el Hospital de San José y Santa Adela»<sup>51</sup>. El plan de formación contemplaba clases teóricas y prácticas en hospitales y dispensarios de la Cruz Roja. La temporalidad de la formación fue variando, pero se estableció desde el inicio la necesidad de superar un examen para lograr el título de «Dama Enfermera», que solo era válido para trabajar en hospitales de la Cruz Roja<sup>52</sup>. A la vez que se inauguraba el plan de formación se elaboró un reglamento que, entre otros preceptos, establecía dos categorías profesionales: primera y segunda. Esta última se adquiría superando el plan de formación descrito líneas arriba. Para llegar a ser dama enfermera de primera, las aspirantes debían cursar de nuevo clases teóricas durante un año y aprobar el preceptivo examen, además debían acreditar haber realizado prácticas en hospitales durante seis meses<sup>53</sup>. Las damas enfermeras no recibían ningún tipo de remuneración, por lo que los servicios que prestaban eran totalmente altruistas; si bien podían permitírsele, ya que gran parte de ellas procedían de una acomodada posición económica y también social.

Para cubrir las necesidades del servicio de enfermería en el Protectorado, en un contexto permanente de guerra desde 1909 hasta 1927, con batallas propias de la guerra moderna, donde se utilizaron elementos de combate similares a los de la Gran Guerra, como fue el caso del desembarco en Alhucemas, se hizo necesario ampliar la plantilla de profesionales, surgiendo de ese modo la categoría de enfermeras profesionales, vinculadas igualmente a la Cruz Roja que, a diferencia de las damas enfermeras, sí que percibían un salario por su trabajo. Ambas categorías eran incompatibles e implicaba que, o se era dama enfermera o se era enfermera profesional<sup>54</sup>.

El 5 de septiembre de 1925, la presidenta en funciones de la Junta de Señoras de la Cruz Roja de Melilla, Esperanza Mas de Coll, escribía al co-

<sup>51</sup> LÓPEZ VALLECILLO, María: *Presencia social e imagen pública de las enfermeras en el siglo XX (1915-1940)* ...op. cit., p. 46.

<sup>52</sup> *Ibidem*, p. 47.

<sup>53</sup> *Ibidem*, p. 49.

<sup>54</sup> *Ibidem*, p. 52.

mandante general de Melilla, José Sanjurjo Sacanell, con objeto de solicitar la participación de las damas enfermeras en los servicios sanitarios, a bordo del buque hospital *Villarreal*, agregado a la Brigada de Melilla:

*«Mi distinguido general: el Sr. Jefe de Sanidad me comunica que pueden ir Damas Enfermeras en el barco hospital preparado para las próximas operaciones militares y me indica que le ponga en conocimiento para que nos de su conformidad. Mucho le agradecería me dijera cuando y en qué forma han de ir las Damas que se nombren para dicho servicio para que pueda comunicárselo a las interesadas»<sup>55</sup>.*

El 6 de septiembre la presidenta recibió la orden para que las damas enfermeras se incorporaran al barco hospital. En la Memoria del Hospital de la Cruz Roja de Melilla correspondiente a 1925 se describe el alboroto que en el puerto de Melilla se vivía dicho día al amanecer:

*Inusitada concurrencia de barcos en la rada, abarrotados de tropas y pertrechos de guerra y provisiones y el apiñonamiento del pueblo que se desbordaba en el espigón en emocionante despedida a sus soldados. Ambiente formado por la convicción unánime de que el resultado de aquella ansiada y meditada empresa marcaría una obra decisiva en el porvenir de «Nuestra amada España en África y en el mundo»<sup>56</sup>.*

A las 8 de la mañana abandonaba la flota las aguas de Melilla con rumbo a Alhucemas, escoltada por la escuadra francesa. A bordo del *Villarreal* viajaban tres damas enfermeras: Irene Iribarren de Ostáriz, Paz Sancho Miñano y Velázquez y Luisa Sancho Miñano y Velázquez<sup>57</sup>.

Pocas horas antes, desde Ceuta, el 5 de septiembre había partido la Brigada mandada por Leopoldo Saro, a la que se incorporó la duquesa de la Victoria<sup>58</sup>. Carmen Angoloti y Mesa que estaba veraneando en Santander, se trasladó hasta Ceuta para embarcar en el barco hospital *Barceló* junto a Gómez Ulla. Durante toda la mañana, los jefes y oficiales de esta brigada, concentrada en su totalidad en la plaza de Ceuta, se dedicaron a embarcar su personal en los transportes previamente reunidos en un punto de la citada plaza. A las 16:00 horas los buques de transporte comenzaron a levar anclas, saliendo de la rada de Ceuta en unión de la escuadra del almirante Guerra Goyena y protegidos por ella con dirección a Uad Lau. Desde el primer instante,

<sup>55</sup> AGMM, África, rollo 631 «Concentración en Melilla de la columna Fernández Pérez».

<sup>56</sup> «Toma de Alhucemas. Parte que en los servicios tomaron las Damas enfermeras. Preparativos en el hospital», *Memoria del Hospital de la Cruz Roja de Melilla. Años 1924, 1925, 1926 y 1927*, Madrid, 1927, pp. 29-37.

<sup>57</sup> AGMM, África, rollo 631, «Concentración en Melilla de la columna Fernández Pérez».

<sup>58</sup> AGMM, África, rollo 632, «Columna de desembarco del general Saro» legajo 449.

la duquesa asumió la dirección del servicio, organizándolo de manera que en ningún buque hospital faltaran representantes de la Cruz Roja. Quien se ha acercado a su figura coincide en destacar a Carmen Angoloti como una persona «inteligente, tenaz y enérgica, intrépida, aventurera, discreta y modesta»,<sup>59</sup> cualidades similares a las que la historiografía destaca sobre Nightingale.

Ya en el entorno de la bahía y una vez que el *Barceló* completó de heridos la dotación de camas del barco, un total de 330, la duquesa se trasladó al *Villarreal*, donde se reunió con las damas enfermeras y las Hermanas de la Caridad. El servicio en los barcos hospital se prestó hasta mediados de octubre de 1925<sup>60</sup>. Durante ese mes la duquesa desembarcó varias veces en la playa de la Cebadilla para supervisar la labor de enfermería en el hospital móvil de campaña. Del mismo modo, visitó el hospital de campaña ubicado en Cala Bonita, posición donde se levantó en 1926, con el mismo nombre, un hospital fijo de la Cruz Roja<sup>61</sup>. La labor que desarrolló la duquesa en el Protectorado español en Marruecos, no solo en 1925 en Alhucemas, sino durante años, recibió el reconocimiento de la sociedad española y de la sede de la Cruz Roja en Ginebra. En este sentido, el 22 de noviembre de 1921 se le concedió la Gran Cruz de la Orden Civil de Beneficencia con distintivo blanco por su labor en la atención de los heridos y enfermos a consecuencia de los hechos de Annual; fue nombrada hija predilecta de Madrid el 2 de diciembre de 1921 por los servicios prestados en África; en Melilla se le honró con su nombre en una calle; en 1923 le concedieron la Real Orden de la Reina María Luisa; en 1925 el Comité Internacional de la Cruz Roja en Ginebra le concedió la Medalla Nightingale; también en 1925, recibió en Sevilla la gran cruz del Mérito militar con distintivo rojo; primera que se concedía a una mujer<sup>62</sup>. Sin duda una amplia panoplia de reconocimientos y consideraciones.

En el contexto en el que centra la presente investigación, junto a la duquesa de la Victoria, trabajó un numeroso equipo de damas enfermeras,

<sup>59</sup> LÓPEZ VALLECILLO, María: *Presencia social e imagen pública de las enfermeras en el siglo XX (1915-1940...op. cit.*, pp. 85-90.

<sup>60</sup> «Toma de Alhucemas. Parte que en los servicios tomaron las Damas enfermeras. Preparativos en el hospital», *Memoria del Hospital de la Cruz Roja de Melilla. Años 1924, 1925, 1926 y 1927*, Madrid, 1927, pp. 29-37.

<sup>61</sup> Para conocer la figura de la duquesa de la Victoria véase la obra de M.<sup>a</sup> Ángeles Sánchez Suárez titulada *Mujeres en Melilla...op. cit.* pp. 34-38 y también ANGOLOTI DE CÁRDENAS, Ignacio: *La Duquesa de la Victoria... op. cit.* El centro de documentación de Cruz Roja Española cuanta con un archivo digital de la duquesa de la Victoria. La dirección es la siguiente:

<https://a3w-cruzroja.odilo.es/portalArchivo/consultas> [en línea, 28 de diciembre de 2021]. En relación con el Hospital de Cala Bonita véase: *Memoria del Hospital de la Cruz Roja en Cala-Bonita (Villa-Sanjurjo) 1926-1929*, Madrid, Blass Tipográfica, s/f.

<sup>62</sup> LÓPEZ VALLECILLO, María: *Presencia social e imagen pública de las enfermeras en el siglo XX (1915-1940...op. cit.*, p. 88.

presentes además de en los barcos hospital en los hospitales de campaña de la Cebadilla y de Cala Bonita, en el Hospital de la Cruz Roja de Melilla y en diferentes dispensarios, asistiendo a heridos y enfermos durante largas y agotadoras jornadas de trabajo. El Hospital de Melilla, que a diario estaba organizado para atender a 250 personas, llegó a tener ingresados hasta 330 heridos<sup>63</sup>. Las tareas asignadas a las damas enfermeras eran variadas: en la sala de operaciones, preparando las compresas, los algodones, esterilizando el instrumental y auxiliando al cirujano; en la sala de curas, limpiando y curando heridas y esterilizando el instrumental una vez finalizadas las curas; en la sala de oficiales o en la sección de medicina de tropa... Sin riesgo de equivocarnos y con los datos en la mano, podemos asegurar que, la enfermería durante la operación de desembarco y la posterior batalla por Axdir prestó un gran servicio, contribuyendo junto a cirujanos y médicos, a salvar la vida de un gran número de heridos y enfermos<sup>64</sup>.

A lo largo de las páginas anteriores han ido apareciendo nombres de cirujanos y de médicos con un papel destacado durante la operación; sin duda, hubo bastantes más, que desempeñaron igualmente un papel sobresaliente y que merecen nuestro recuerdo. Por encima del conjunto destacó el cirujano Mariano Gómez Ulla, por ser él quien diseñó el proyecto sanitario de atención a las unidades de desembarco. En el ámbito de la enfermería se ha dedicado especial atención a la duquesa de la Victoria, por su papel al frente de la coordinación en el servicio que prestaron las damas enfermeras. En los diarios de la época se elogiaba la «actuación de señoras y señoritas que prestan servicios de enfermería», «...todas ellas eficaces colaboradoras de la duquesa de la Victoria y del equipo quirúrgico del doctor Gómez Ulla»<sup>65</sup>

Puesto que contamos con la relación de enfermeras que trabajaron en aquel contexto, a continuación, se ofrece una lista nominal de las damas enfermeras que prestaron servicio en el hospital de la Cruz Roja de Melilla y en los barcos hospital, entre septiembre y diciembre de 1925. La relación es la siguiente: Juana Azorín de Pérez Núñez, Consuelo Otero, viuda de Rodríguez, Rosa Fernández de Loigorry, Irene Iribarren de Ostariz, Josefa Palenzuela de Blanco, Concepción Pérez de Herranz, María López, María Deleito, Blanca Roldán y Cotta de Andrade, Clotilde Ventray de Díaz, Esperanza Mas de Coll, Ángela Martínez de Sala, Teresa J. Ortoneda de Fortea, Celia Redon-

<sup>63</sup> «Toma de Alhucemas. Parte que en los servicios tomaron las Damas enfermeras. Preparativos en el hospital», *Memoria del Hospital de la Cruz Roja de Melilla... op. cit.*, p. 36.

<sup>64</sup> OSSORIO DE GIL, Fernanda: *Memorias de una dama enfermera. Recuerdos e impresiones del servicio en el Hospital de la Cruz Roja de Melilla... op. cit.*, p. 11.

<sup>65</sup> *La Época*, 3 de octubre de 1925.

do de Álvarez Coque, Paz y Luisa Sancho Miñano Velázquez, Pilar y Carmen Viqueira Fullos, Margarita Delgado y de Orozco y María Figueras<sup>66</sup>.

### *Cuerpo de practicantes militares del Ejército*

A lo largo de la investigación hemos tenido ocasión de comprobar la importancia del papel que desempeñaron los profesionales pertenecientes al Cuerpo de practicantes militares del Ejército. De hecho, estuvieron en todos los lugares dispuestos por Mariano Gómez Ulla en el operativo sanitario para la operación de desembarco. Su presencia se constata en las barcas de desembarco, junto a sus unidades, desembarcando en Ixdain y en la Cebadilla, practicando las primeras curas a los soldados heridos durante la maniobra e inmediata ocupación de las estribaciones montañosas próximas a las playas. Formaron parte del dispositivo de acompañamiento y atención a los heridos que desde las lanchas de motor trasladaban a los heridos hasta los barcos hospital. Del mismo modo, actuaron como auxiliares de los médicos-cirujanos en los citados buques. Hubo incluso practicantes en los hidroaviones que trasladaban a los heridos a Melilla y por supuesto en los hospitales de la misma ciudad, así como en el resto de los hospitales auxiliares dispuestos en la Península para el operativo. Sin duda, prestaron una gran labor, trabajando al lado de cirujanos y enfermeras.

Sin embargo, la creación del Cuerpo de practicantes militares costó un gran esfuerzo por parte de la Sanidad Militar, y fue un proceso largo. La propuesta estuvo sobre la mesa de diferentes ministros de la Guerra e incluso de varios presidentes del Consejo de Ministros desde 1910<sup>67</sup>. La necesidad de crear el Cuerpo se tornó en una cuestión urgente tras comprobar que en los campos de batalla de Marruecos se sucedían acciones de guerra que arrojaban un número de heridos muy elevado. La prensa diaria informaba de doscientos, trescientos heridos en los enfrentamientos. Este volumen hacía imposible que los médicos militares pudieran atender a todos. En primer lugar, ofrecían ayuda a los más graves, por ejemplo, a los soldados que presentan heridas en el vientre, los cuales requerían cirugías rápidas a las que se dedicaba una hora o más, dependiendo de la herida. El resto de los heridos no recibían asistencia facultativa porque no había quien se la prestara. Por esta razón, se consideraba que, si sobre el campo de batalla había un Cuerpo de practicantes militares, éstos podrían realizar curas

<sup>66</sup> *Memoria del Hospital de la Cruz Roja de Melilla. Años 1924, 1925, 1926 y 1927...op. cit.*, p. 61.

<sup>67</sup> *La Época*, 8 de noviembre de 1910. Se está gestionando por la Junta Central de Practicantes de Medicina y Cirugía la creación de un cuerpo facultativo de practicantes militares.



provisionales para después proceder a la evacuación en ambulancias o a los hospitales más cercanos.

Más de dos lustros se tardó en dar los primeros pasos para la formación del Cuerpo, y fue después de la tragedia en vidas que supuso el desastre de Annual, cuando el ministro de la Guerra, Juan de la Cierva, con objeto de atender las necesidades sanitarias de la masa de heridos y enfermos que había en Melilla, convocó mediante concurso-oposición cien plazas para practicantes profesionales<sup>68</sup>. Estos primeros practicantes constituyeron la base del Cuerpo auxiliar de Sanidad Militar<sup>69</sup>. Desde entonces y hasta 1925, cuando se llevó adelante la operación de desembarco, los practicantes, afectos a los diferentes regimientos y unidades, acompañaron siempre a los soldados en las operaciones militares que se llevaron a cabo en el contexto del Protectorado español en Marruecos durante la fase de pacificación. Con su esfuerzo contribuyeron a mejorar las condiciones de los soldados en los diferentes teatros de operaciones, prestando los primeros auxilios a los heridos.

### *Balance y datos*

El número total de bajas en el ejército español (entre los días 8 de septiembre y 2 de octubre) fue de 1607, de las cuales 1090 fueron muertos<sup>70</sup>.

Reparando en las bajas, observamos que el 95 por ciento fue ocasionado por proyectiles de artillería, de mortero y de granadas de mano<sup>71</sup>. ¿Qué significa este dato desde el punto de vista sanitario? Si establecemos una comparación entre la campaña del desembarco en Alhucemas y cualquiera de las campañas anteriores, donde los rifeños no contaban con grandes elementos de combate, los datos arrojan los siguientes resultados: en combates precedentes se alcanzó el 55 por ciento del éxito en las intervenciones abdominales con traumatismos de guerra, mientras que en Alhucemas estas no llegaron al 30 por ciento. Los cirujanos jamás se habían visto ante semejante coyuntura, en muchos casos insólita, teniendo que intervenir a heridos que presentaban desgarros abdominales provocados por la metralla. Sin embar-

<sup>68</sup> BOE, *Gaceta de Madrid*, N.º 248. 5 de septiembre de 1921. Real Orden Circular del Ministerio de la Guerra.

<sup>69</sup> Un estudio sobre el origen y desarrollo de la enfermería militar en GONZÁLEZ YANES, Jerónimo: *Cien años de enfermería militar en el Ejército de Tierra, 1921-2021*, Ministerio de Defensa, 2022.

<sup>70</sup> AGA, África, caja M7 81/9985. Exp. núm. 3. Preparación y ejecución de las operaciones de desembarco y ocupación de la bahía de Alhucemas. Bajas en las operaciones de Alhucemas.

<sup>71</sup> SLOCKER, Enrique: «Los servicios sanitarios en Alhucemas», *Revista de Sanidad Militar... op. cit.*, p. 476.

go, la cirugía de cráneo dio mejores resultados, contribuyendo en ello la rapidez en las intervenciones.

Del total de heridos, solo hubo en Melilla doce casos graves por infección de tipo gaseoso, de los cuales no fallecieron nada más que dos, a consecuencia de una infección de tétanos y gangrena, a pesar de haber sido tratados previamente con suero antitetánico<sup>72</sup>. Teniendo en cuenta la mortandad que provocó durante la Gran Guerra la bacteria «*Clostridium perfringens*», causante de las infecciones provocadas por la metralla, debemos señalar que en Alhucemas sin duda se lograron resultados positivos, gracias al equipo de cirujanos y de enfermeras que asistió a los heridos.

### *Conclusiones*

La implicación de la sociedad en la guerra a partir de la creación de los Estados nación en Europa en el siglo XIX y sobre todo en el siglo XX, supuso en general un avance importante para la Sanidad Militar. España no fue ajena a dichos progresos.

Margaret Macmillan señala que existe una verdad sobre la guerra que resulta incómoda, y es que además de acarrear destrucción, impulsa la creación. Gran parte de los avances que en materia sanitaria disfruta hoy la sociedad aparecieron en contextos de guerra. La necesidad de mejorar la atención a los heridos y enfermos, con el fin de devolverlos a los frentes lo antes posible supuso extraordinarios desarrollos científicos. La penicilina, por ejemplo, se descubrió en 1928, aunque la financiación para su desarrollo no se logró hasta la Segunda Guerra Mundial, y como sabemos, contribuyó a salvar innumerables vidas. Las transfusiones de sangre se realizaron por vez primera en la Guerra Civil española de la mano del doctor canadiense Norman Bethune. Durante la Gran Guerra los médicos franceses priorizaron la atención a los heridos que tenían opciones de salvarse, si se les prestaba auxilio rápido, respecto a quienes consideraban desahuciados o aquellos cuyas lesiones no entrañaban gravedad y podían esperar. En ese mismo contexto, la cirugía experimentó un gran desarrollo. En España, Gómez Ulla, inspirándose en los métodos franceses llevados a cabo durante la Gran Guerra, ideó el Hospital Quirúrgico de Montaña a lomo, acercando de ese modo la cirugía al frente de combate, lo cual aumentó las posibilidades de sobrevivir del herido.

La enfermería, como la medicina, evidenció profundos cambios a partir de 1854 cuando en los campos de batalla de Crimea Florence Nightingale aplicó novedosos métodos de trabajo, basados en la asistencia temprana al

---

<sup>72</sup> Idem.

soldado, cuyas heridas lavaba y limpiaba creando un campo aséptico, impidiendo o retrasando la aparición de infecciones, causantes de la mayoría de las muertes entre los heridos. En España, la profesionalización de la enfermería, gracias a la iniciativa de la Cruz Roja, significó una mejora sustancial en la asistencia a los heridos en las campañas de Marruecos, auxiliados en los mismos frentes de combate.

Centrándonos en los resultados del proyecto de Gómez Ulla podemos afirmar, con la seguridad de no equivocarnos, que aquel plan arrojó excelentes resultados, hasta el punto de ser objeto de estudio por parte de los agregados americanos e ingleses, que fueron testigos de la puesta en práctica, mostrando su sorpresa por lo práctico y bien ideada que estuvo la planificación.

En los barcos hospital se practicaron intervenciones quirúrgicas, si bien no fueron numerosas, por haber sido relativamente baja la cifra de heridos cuyas heridas precisaron una urgente operación. En los hospitales afectos a las tropas de desembarco se amplió su capacidad de atención en 330 camas, llegando a 1700, incluidas las habilitadas en los barcos hospital.

Los oficiales y soldados peninsulares, cuyo estado lo permitía, se trasladaron a la Península, a través de las dos principales líneas de evacuación: la principal Melilla-Málaga, utilizada durante los primeros días, por ser la más corta y por dejar los barcos libres en disposición de regresar a Alhucemas; y otra, Melilla-Cádiz, que fue poco empleada. En previsión de un mayor número de bajas, se contaba en los hospitales de España con unas 4000 camas, enlazadas por medio de trenes hospital, que ya habían sido utilizados durante la campaña de 1921.

Se cierra aquí el artículo, señalando en primer lugar que los resultados ofrecidos no son definitivos, pues en la historia las investigaciones siempre permanecen sujetas a la aparición de nuevas fuentes. Lo que queda asentado tras esta investigación es que la organización del servicio de cirugía y la coordinación de los servicios sanitarios que se encomendó a Gómez Ulla dio extraordinarios frutos. Gracias a la profesionalidad y la experiencia del cirujano, el ejército español en Alhucemas dispuso de un gran proyecto sanitario con avances tan importantes como la tarjeta de diagnóstico y el sobre sanitario (dos procedimientos novedosos que puso en marcha tras el derribamiento de la Comandancia General de Melilla en el verano de 1921), del mismo modo que durante la Gran Guerra organizó la Sanidad Militar de los ejércitos beligerantes, principalmente el francés.

Queda, pues, razonada en términos históricos la contribución de Mariano Gómez Ulla a la modernización de la sanidad militar en el ejército español en la segunda década del siglo XX. En dicho proceso de modernización cabe incluir la enfermería como profesión emergente, con un gran desarrollo durante la fase de pacificación del colonialismo español en Marruecos.

## FUENTES

*Fuentes de archivo*

AGMM. Archivo General Militar de Madrid.  
AGA. Archivo General de la Administración.  
AGMAB. Archivo General Militar Álvaro de Bazán.

*Fuentes Hemerográficas*

*Aérea. Revista ilustrada de aeronáutica*  
*El Heraldo de Madrid*  
*El Telegrama del Rif*  
*La Correspondencia Militar*  
*La guerra y su preparación*  
*Revista de Sanidad Militar*  
*Revista de Tropas Coloniales*

*Fuentes impresas*

CRUZ ROJA ESPAÑOLA: *Memoria del Hospital de la Cruz Roja de Melilla. Años 1924, 1925, 1926 y 1927*, Madrid, 1927.  
CRUZ ROJA ESPAÑOLA: *Memoria del Hospital de la Cruz Roja en Calabonita (Villa-Sanjurjo) 1926-1929*, Madrid, Blass Tipográfica, s/f.  
QUINTANA MARTÍNEZ, Eduardo: *La marina de guerra en África: la tragedia del Concha (1913). El desastre y la reconquista (1921-1924), el desembarco de Alhucemas (1925), campañas de 1926 y 1927 (la pacificación)*. Madrid, Compañía Íbero-Americana de publicaciones, 1928.  
SARO CANO, Antonio: *Reglamento para la instrucción de camilleros*, Madrid, Talleres del Depósito de la Guerra, 1926.

*Memorias*

FRANCO BAHAMONDE, Francisco: «Diario de Alhucemas» en *Papeles de la guerra de Marruecos*, Madrid, Fundación Nacional Francisco Franco, 1986.

GODED LLOPIS, Manuel: *Marruecos. Las etapas de la pacificación*. Málaga, Platea, 2021.

OSSORIO DE GIL, Fernanda: *Memorias de una dama enfermera. Recuerdos e impresiones del servicio en el Hospital de la Cruz Roja de Melilla*, Burgos, Tip. del Monte Carmelo, 1923.

#### *Tesis doctorales*

DÍEZ RIOJA, Ramón: *El desembarco de Alhucemas. La operación definitiva del colonialismo español en Marruecos*, Tesis doctoral, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid, 2019.

LÓPEZ VALLECILLO, María: *Presencia social e imagen pública de las enfermeras en el siglo XX (1915-1940)*, Valladolid, Universidad de Valladolid, 2016.

PEREIRA PINILLA, M.<sup>a</sup> Jesús: *La sanidad militar española en las campañas de Marruecos (1859-1927). El desembarco de Alhucemas*, Tesis Doctoral, Universidad d Zaragoza, 2016.

#### *Revistas científicas*

*Sanidad mil*

*Revista de Historia Militar*

*Ejército*

*Revista de Historia Naval*

*Aeroplano*

*Index Enferm.*

*Híades, Revista de historia de la enfermería*

### BIBLIOGRAFÍA

ANGOLOTI DE CÁRDENAS, Ignacio: *La Duquesa de la Victoria*, Madrid, Talleres gráficos Altamira, 1958.

BELAÚSTEGUI, Alejandro: *Sanitarios militares en la guerra de África, 1909-1927. La lucha contra el olvido VI*, Ministerio de Defensa, Madrid, 2011.

DIEZ RIOJA, Ramón: *El desembarco de Alhucemas. La intrahistoria de una operación concluyente (1911-1925)*, Ministerio de Defensa, 2023.

- GONZÁLEZ YANES, Jerónimo: *Cien años de enfermería militar en el Ejército de Tierra, 1921-2021*, Ministerio de Defensa, 2022.
- GÓMEZ ULLA y LEA, José María: *un hombre, un cirujano, un militar*, Editorial Madrid, Madrid, 1981.
- MARGARET MACMILLAN: *La guerra. Cómo nos han marcado los conflictos*, Madrid, Turner, 2021.
- MESA GUTIÉRREZ, José Luis de y DOMÍNGUEZ LLOSA, Santiago Luis: *Alhucemas 1925. Las imágenes del desembarco*, Madrid, Almena, 2011.
- MIGUEL FRANCISCO, Luis: *1925. Nuestro día en Alhucemas. La unidad de carros de asalto en el desembarco de Alhucemas*, Valladolid, Galland Books, 2008.
- SÁNCHEZ SUÁREZ, M.<sup>a</sup> Ángeles: *Mujeres en Melilla*, Granada, Grupo Editorial Universitario, 2004.
- VV.AA.: *Gómez Ulla, Hospital Militar Central: cien años de historia, 1896-1996*, Madrid, Ministerio de Defensa, 1996.