

1925: Cuando volvimos a ser grandes... el apoyo sanitario en el desembarco de Alhucemas

Navarro Suay R.¹, Plaza Torres JF.²

Sanid. mil. 2012; 68 (4): 247-256; ISSN: 1887-8571

RESUMEN

El desembarco de Alhucemas fue una operación militar llevada a cabo en la zona del Rif entre el 8 de septiembre y el 13 de octubre de 1925, por efectivos españoles y franceses que combatieron frente a fuerzas rifeñas. Finalizó con la derrota de estos últimos y la consiguiente ocupación y pacificación total de la zona española del protectorado. Está considerado el primer desembarco conjunto-combinado de la historia militar y sirvió como base para proyectar el desembarco de Normandía durante la segunda guerra mundial. En el presente estudio se describe el apoyo sanitario prestado a nivel terrestre, naval y aéreo, la preparación sanitaria del despliegue y del desembarco, la logística, la evacuación y las bajas sufridas por el contingente español durante esta operación.

PALABRAS CLAVE: Sanidad Militar, desembarco, Alhucemas, hospital militar, bajas, evacuación.

1925: when we became great again... medical support in the Alhucemas landing

SUMMARY

The Alhucemas landing was a military operation carried out in the Rif area between the 8th September and the 13th October of 1925, by Spanish and French military units against Riffian forces. It ended with the Riffians' defeat and the occupation and total pacification of the Spanish Protectorate. It is considered the first combined-joint landing in military history and served as the basis to plan the Normandy landings during the Second World War. This article describes the land, naval and air medical support, the medical preparation of the deployment and landing, the logistics, evacuation and casualties suffered by the Spanish contingent during this operation.

KEY WORDS: Medical Service, landing, Alhucemas, military hospital, casualties, evacuation.

«Cabe destacar la dedicación y empeño en la organización del servicio sanitario con normas sobre evacuación y asistencia a heridos y enfermos, higiene y profilaxis y suministro de material sanitario». Teniente Coronel de Infantería Antonio Martín Tornero. El desembarco en Alhucemas: organización, ejecución y consecuencias. Revista de Historia Militar 1991; 70: 199-262.

INTRODUCCIÓN

El desembarco de Alhucemas fue una operación militar llevada a cabo en la zona del Rif entre el 8 de septiembre y 13 de octubre de 1925 por el ejército y la armada española y en menor medida por un contingente aliado francés, que propiciaría el fin de la guerra en este territorio¹.

A pesar de ser poco conocida, esta operación constituye una admirable página militar debido a que es considerada la primera ocasión en la historia en donde se realiza un desembarco conjunto-combinado, donde se despliegan medios blindados transportados por vía marítima y donde el apoyo logístico vuelve a jugar un papel trascendental durante todo su desarrollo facilitando el éxito final de la operación. En este desembarco, más de 18.000

efectivos atacaron la parte de la costa más defendida por el enemigo, sin sorpresa estratégica alguna y apenas sin contar con sorpresa táctica. España se jugó a una sola carta el resultado de la guerra de Marruecos y su prestigio nacional e internacional². Años más tarde esta operación fue exhaustivamente analizada por el general Eisenhower y sus colegas estadounidenses y británicos para planificar el desembarco de Normandía³.

La I guerra mundial cambió por completo los conceptos de la asistencia medico-quirúrgica de urgencia en campaña, aconsejando que se practicara lo más cercana posible al frente. Se idearon formaciones quirúrgicas móviles y hospitales de campaña ubicados lo más próximos a primera línea para acortar el plazo operatorio^{4,5}. Esta modificación de la doctrina sanitaria fue vital en el comienzo del uso de los aviones sanitarios para el transporte de los heridos graves a los hospitales de retaguardia⁶. El despliegue sanitario en Alhucemas, teóricamente completo y bien coordinado, estaba en esta línea de las experiencias obtenidas en la guerra europea⁷.

El objetivo de este artículo es analizar la asistencia sanitaria prestada por tierra, mar y aire, la preparación sanitaria del despliegue y del desembarco, la logística, la evacuación y las bajas sufridas por el contingente español durante el desembarco de Alhucemas de 1925.

¹ Cap. Médico. Escuela Militar de Sanidad / Hospital Universitario «La Princesa». Servicio de Anestesiología y Reanimación. Madrid. España.

² Cte. Médico. Escuela de Suboficiales de la Armada. San Fernando (Cádiz). España.

Dirección para correspondencia: Ricardo Navarro Suay. Grupo de Escuelas de la Defensa. Escuela Militar de Sanidad. Camino de los Ingenieros nº6. CP: 28071 Madrid. r_navarro_suay@yahoo.es

Recibido: 23 de marzo de 2012

Aceptado: 2 de septiembre de 2012

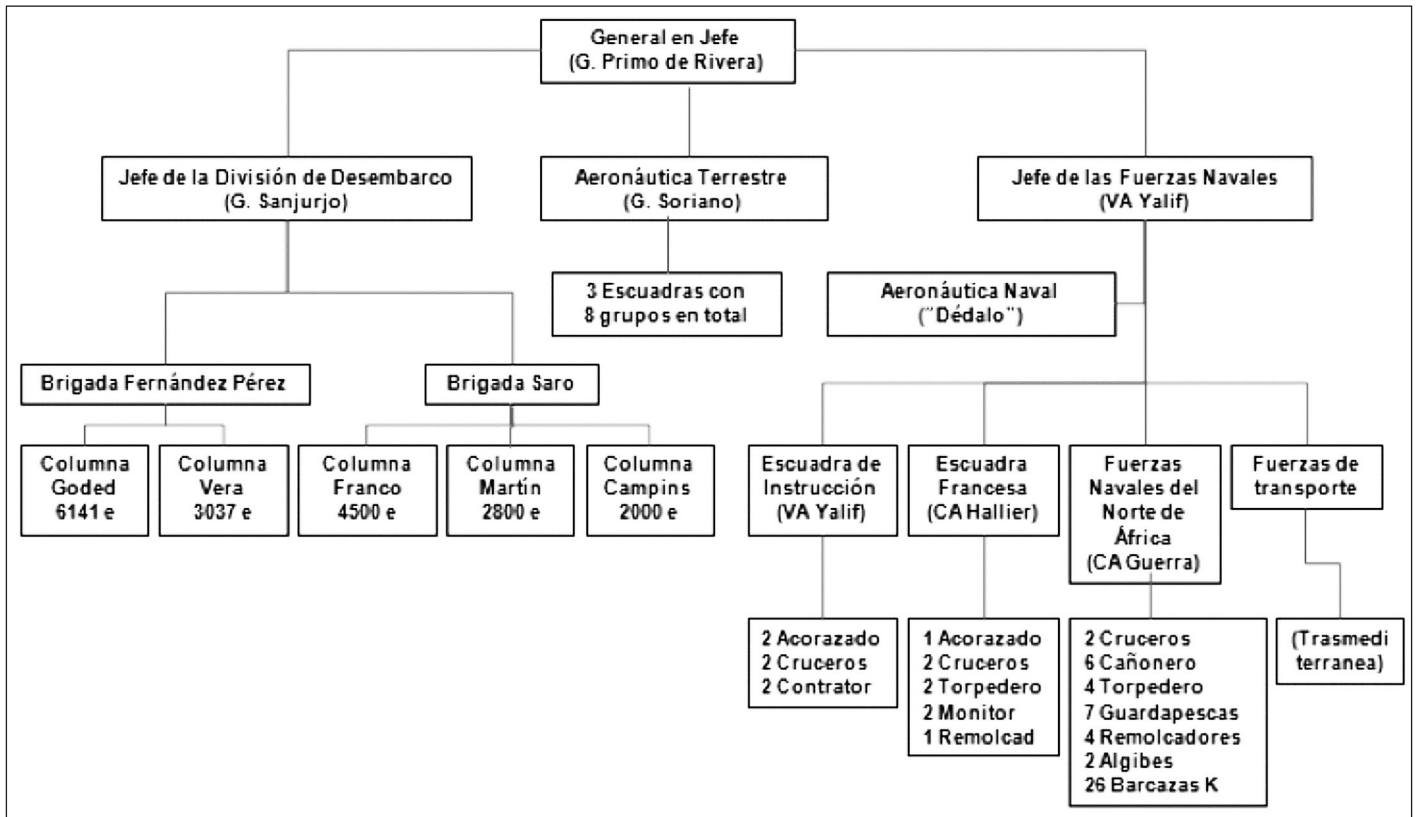


Figura 1. Fuerzas españolas y francesas en combate. G: General, VA: Vicealmirante, e: efectivos, CA: Contraalmirante. Fuente: Modificado de Alaez O. La lección logística de Alhucemas. Revista General de Marina 1972; 183: 595-622.

PLANEAMIENTO Y EJECUCIÓN GENERAL DEL DESEMBARCO

Tras el desastre de Annual de 1921, las fuerzas armadas españolas eran incapaces de recuperar el territorio perdido en el norte de África. Se optó por una política de contención orientada a impedir la expansión de las fuerzas rifeñas. Sin embargo, la incursión de su jefe Abd el Krim en territorio perteneciente a Francia, así como su victoria frente al ejército francés, fue el detonante que determinó las conversaciones diplomáticas entre Francia y España para estudiar una acción militar conjunta. En la entrevista del general Primo de Rivera con el mariscal Pétain, celebrada el 21 de agosto de 1925 en Algeciras, se analizó la estrategia y la época idónea para realizar del desembarco en Alhucemas⁸.

El ejército regular rifeño, que junto con las harcas se enfrentó a nuestras fuerzas desde el mismo momento del desembarco, estuvo integrado principalmente por voluntarios, por desertores y licenciados de las fuerzas indígenas españolas y francesas. Llegaron a sumar seis o siete mil hombres organizados en tabores (batallones) y mias (compañías). Su armamento estaba compuesto por armas individuales, fusiles ametralladores, ametralladoras y cañones. Se estima que inicialmente operaron contra nuestras fuerzas de desembarco 19 cañones⁹.

Las fuerzas españolas estaban formadas por unidades del ejército y de la armada. Los medios aéreos pertenecían al servicio de aviación del ejército de tierra y a la aeronáutica naval¹⁰ (Figura 1) (Tabla 1).

Después de varias maniobras de distracción, el desembarco se produjo el día 8 de septiembre de 1925 en las playas de Ixdain

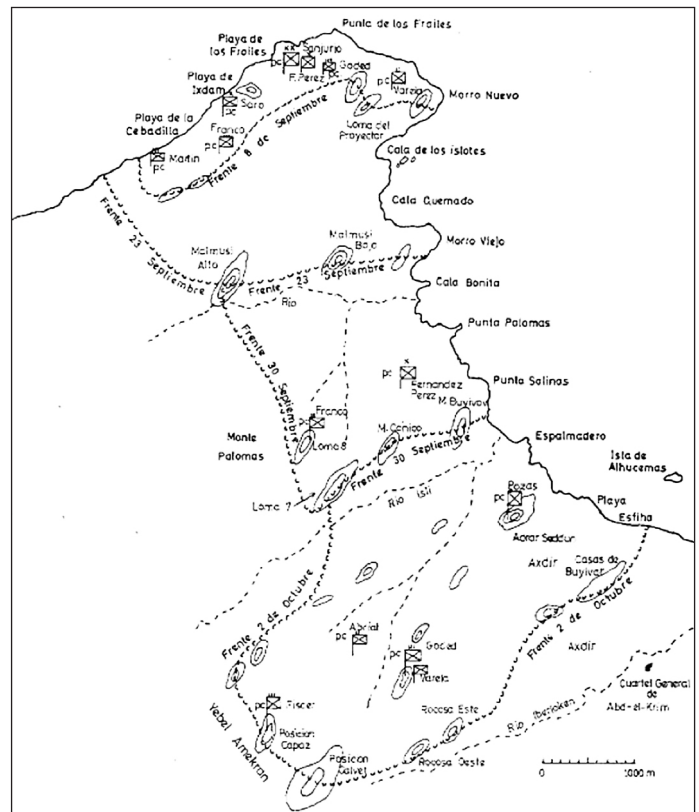


Figura 2. Despliegue táctico del avance de las fuerzas españolas y francesas. Fuente: Alaez O. La lección logística de Alhucemas. Revista General de Marina 1972; 183: 595-622.

Tabla 1. Estructura de mando de la fuerza operativa combinada hispano-francesa. Fuente: Modificado de Font F. *La compañía Trasmediterránea en el desembarco de Alhucemas Revista de Historia Naval* 2009; 107: 57-74.

Desembarco de Fuerzas Conjunto Combinadas	
Mando: General Sanjurjo Sacanell	
Fuerzas Terrestres	
Agrupación Oriental (Melilla) 2º Escalón Mando: General Fernández Pérez <i>Medios: ≅ 10.000 efectivos</i>	Agrupación Occidental (Ceuta) 1º Escalón Mando: General Saro y Marín
a.- Unidades de Combate 1 Bandera del Tercio. 2 Tabores de Fuerzas Indígenas Regulares 1 Harca de Fuerzas Indígenas Fuerzas de la Mehal Indígena 1 Batallón África 16	a.- Unidades de Combate 2 Banderas del Tercio. 7 Tabores de Fuerzas Indígenas Regulares 2 Batallones África 3 y 8
b.- Unidades de Apoyo al Combate 1 Bía Obuses 105 mm 2 Bías Obuses 75 mm	b.- Unidades de Apoyo al Combate 1 Bía Obuses 105 mm 2 Bías Obuses 75 mm
c.- Unidades de Apoyo Operativo Unidad de Ingenieros	c.- Unidades de Apoyo Operativo Unidad de Ingenieros
d.- Unidades de Apoyo Logístico al Combate Unidad de Intendencia Unidad de Sanidad	d.- Unidades de Apoyo Logístico al Combate Unidad de Intendencia Unidad de Sanidad
Fuerzas Navales	
España Mando: Almirante Guerra <i>Fuerza de Transporte</i> 21 Buques de la Flota Mercante <i>Armada</i> 2 Acorazados 4 Cruceros 2 Cazatorpedos 6 Cañoneros 6 Torpederos 11 Guardacostas 7 Guardapescas 27 Barcazas K de Desembarco	<i>Francia</i> Mando: Almirante Haller 1 Acorazado 2 Cruceros 2 Torpederos 2 Monitores 1 Remolcador
Fuerzas Aéreas	
España Servicio de Aviación del Ejército de Tierra Mando: General Soriano 2 Grupos Breguet 1 Grupo Rolls-Napier-Potez 1 Grupo Bristol 1 Grupo Fokker 1 Grupo Sesquiplanos Aeronáutica Naval Mando: Portaaviones Dédalo 6 hidroaviones Supermarine (bombardero ligero) 6 hidroaviones de reconocimiento	<i>Francia</i> Aeronáutica Naval Francesa 1 Escuadrilla tipo Goliath (bombardero pesado)
Fuerzas de Reserva	
En Ceuta y Melilla: 1500 efectivos (en cada plaza) En Península: 10 Batallones (1 Bon=1214 efectivos), 3 Grupos de Baterías (10,5 cm), 1 Grupo de Batería (7,5), 1 Grupo de Obuses de 155, 1 Cía de Transporte a lomo, 1 ambulancia de campaña	

y la Cebadilla. Tras empleo de artillería naval y el bombardeo de la aviación, se procedió a enviar varias oleadas de desembarco a bordo de las barcazas K. El primer contingente en desembarcar fue la brigada Saro. Los problemas tácticos comenzaron pronto. Debido a la presencia de rocas en la playa de Ixdain, los efectivos debieron desembarcar a unos 50 metros de la costa, mientras que se descubría que la cercana playa de la Cebadilla está minada. La brigada Fernández Pérez desembarcó el día 11 de septiembre en la playa de los Frailes. Tras establecer la cabeza de playa, se procedió a desembarcar el material necesario para continuar la

operación. Al final del primer día, 13.000 efectivos estaban en tierra. El día 23 de septiembre se dio la orden de continuar el avance, ocupándose la línea de alturas que domina la bahía de Alhucemas el día 26 del mismo mes. El 30 de septiembre, se inició la fase final de penetración terrestre destinada a consolidar la base de operaciones, finalizando el 13 de octubre. Tras la operación de 25 días en la zona de Alhucemas, durante la primavera de 1926, se ejecutaron las operaciones que determinaron la derrota de Adb el Krim y la ocupación y pacificación total de la zona española del protectorado¹¹ (Figura 2).

SANIDAD EN TIERRA

A nivel general, cada una de las dos brigadas (Saro y Fernández Pérez) estaba dotada con una ambulancia de campaña con 36 artolas (a tres secciones de 12 artolas) y 50 mulos, una sección de 100 camillas, una sección de servicios higiénicos (con potabilizadoras, letrinas y servicio de enterramiento de cadáveres) y un hospital de campaña reforzado con una sección de zapadores^{2,7,9,12}.

Si analizamos en detalle la capacidad sanitaria, encontramos que la brigada Fernández Pérez contaba con dos columnas, la primera estaba al mando del coronel Goded. En su composición encontramos una ambulancia de campaña y una sección de camilleros. La segunda se encontraba al mando del coronel Vera en la que tenía integrada una ambulancia de campaña, un hospital de campaña, una sección de servicios de higiene y una sección de camilleros.

Dentro de la brigada Saro encontramos que el hospital de campaña estaba adscrito al cuartel general. La primera columna mandada por el coronel Franco contaba con una ambulancia de campaña y por una sección de camilleros. La segunda columna del coronel Martín, también tenía asignada una ambulancia de campaña y una sección de camilleros. Sin embargo la tercera columna al mando del teniente coronel Campíns, disponía de una sección de ambulancia de campaña y una sección de camilleros⁹ (Figura 3).

A nivel de personal, los efectivos de sanidad de cada una de las columnas operantes fueron^{7,9,11}:

- Hospital de campaña: 1 teniente médico, 1 teniente farmacéutico, 1 teniente de sanidad, 2 capellanes, 1 teniente de

intendencia, 2 sargentos, 4 cabos, 82 soldados, con 11 tiendas «Maristany», 7 cuadrilongas, 4 cónicas, 1 quirófano y 1 barraca operatoria.

- Ambulancia de campaña: 1 teniente médico, 2 sargentos, 4 cabos y 90 soldados de sanidad.
- Sección de higiene: 1 sargento, 2 cabos y 12 soldados, con herramientas y desinfectantes
- Sección de artilleros camilleros: 1 teniente de artillería de la Escala de reserva, 3 sargentos, 10 cabos y 84 soldados, subdivididos en 3 secciones.
- Además contaba con 100 efectivos de la Compañía de mar para auxilio en el desembarco.

En 1922 se crea una unidad sanitaria denominada hospital quirúrgico de montaña (hospital de campaña) (Figura 4). Se trataba de una formación sanitaria inspirada en las utilizadas por franceses y belgas en la I guerra mundial, transportable a lomo y compuesta fundamentalmente por un módulo quirúrgico y otro de hospitalización^{13,14}.

Los heridos eran recibidos en dos tiendas cuadrilongas de 6x6 metros que hacían las funciones de módulo de clasificación y almacén de farmacia. De esta formación pasaban a otra tienda cuadrilonga de 6 x 6 metros donde se le practicaban las maniobras preoperatorias y donde se alojaba, además el grupo de esterilización. Desde la tienda de preoperatorio se pasaba al quirófano por un pasillo de fuelle de lona. El quirófano de 4 x 5 metros, tenía un armazón de madera y las paredes y el techo estaban contruidos de madera de persiana, lo cual facilitaba en gran medida su desarme, traslado y posterior montaje.

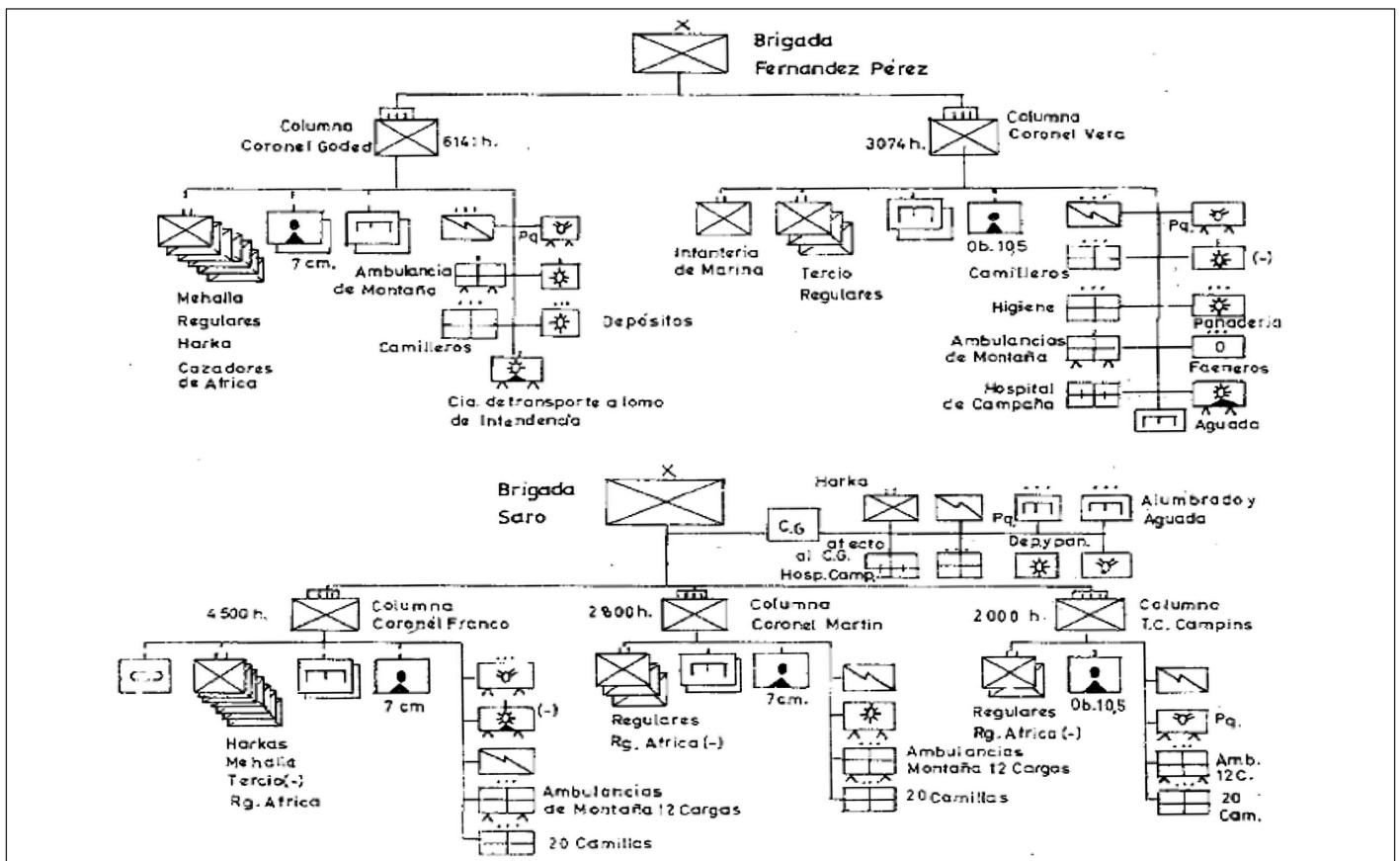


Figura 3. Organigrama de las fuerzas integradas en la brigada Fernández Pérez y Saro. Fuente: Alaez O. La lección logística de Alhucemas. Revista General de Marina 1972; 183: 595-622.

El suelo se nivelaba mediante un mecanismo de tornillería de manera que no era necesario un excesivo trabajo de explanación del terreno. Contaba con un quirófano de montaña y un equipo quirúrgico destacado desde los hospitales de Ceuta y Melilla². Cuando la operación militar era de cierta envergadura (como ocurrió en el desembarco de Alhucemas), se asignaba un módulo quirúrgico más. Los módulos de hospitalización eran de composición variable, llegando a constar de cinco tiendas cuadrilongas de 6 x 6 metros con una capacidad de 20 camas cada una (100 camas en total)⁷. Contaba con un grupo eléctrico suficiente para suministrar energía al quirófano. El material era, en muchos casos, de diseño propio (por ejemplo los autoclaves eran muy alargados y estrechos) para facilitar su transporte a lomo en 55 o 60 mulos. La autonomía sin reaprovisionamiento prevista era de doscientas intervenciones quirúrgicas¹³. Adscrita al hospital de campaña iba una sección de zapadores para su montaje². Esta instalación sanitaria podía entrar en funcionamiento en menos de doce horas. Aunque en el caso del desembarco, empezó a funcionar inmediatamente y se ubicó en la playa de la Cebadilla. Llegó a operar a más de veinte bajas con lesión abdominal. Durante el segundo día de despliegue, el hospital sufrió su bautismo de fuego, al recibir un intenso ataque artillero enemigo que causó 38 bajas (8 de ellas muertos)¹⁵.

SANIDAD NAVAL

A pesar de las lecciones aprendidas tras la guerra en el norte de África y aunque durante la I guerra mundial, oficiales del cuerpo general de la armada, en calidad de delegados del reino de España, rindieron informes sobre el funcionamiento de buques hospitales pertenecientes a los distintos países beligerantes¹⁴, la armada española carecía de un buque hospital. Cuando comenzó a estudiarse la posibilidad de llevar a cabo el desembarco en Alhucemas, fue designada una comisión integrada por dos médicos y un coronel de ingenieros de la armada para que proyectasen un buque-hospital «en armonía con nuestras necesidades derivadas de la campaña de Marruecos y dentro de ciertas disponibilidades económicas». El barco elegido fue uno de los buques alemanes internados en nuestros puertos durante la I guerra mundial y que pasó a llamarse «España n.º



Figura 4. Ambulancia de campaña establecida en la playa de Morro Nuevo. Fuente: Carrasco A, de Mesa L, Domínguez SL. *Las imágenes del desembarco Alhucemas 1925*, 2.ª ed Madrid: Ediciones Almena; 2011.

4». Los comisionados presentaron en el plazo exigido un detallado proyecto de transformación del «España» en hospital de 253 camas, junto con un reglamento de organización interior. El plazo de ejecución de las obras necesarias fue estimado en 40 días y con un presupuesto de 1.200.000 pesetas de las que 535.000 correspondían a instalaciones sanitarias y el resto a las reparaciones que el buque necesitaba y a los distintos pertrechos. Finalmente el proyecto no se llevó a cabo y para el desembarco se optó en emplear buques de la compañía trasmediterránea¹⁶. Esta compañía prestó una importante colaboración con las fuerzas españolas en las operaciones desarrolladas con motivo del desembarco de Alhucemas. Dicha contribución ya estaba prevista en el artículo 73 del contrato firmado el 11 de abril de 1921, suscrito entre el estado y la compañía trasmediterránea, que literalmente decía: «los buques del contratista quedan obligados a prestar al estado los servicios extraordinarios auxiliares de la marina militar que éste requiera y sean adecuados a la clasificación que el ministerio de marina ha hecho de dichos buques, ajustándose a las prescripciones de los artículos anteriores»⁸.

En la operación, el gobierno dispuso de forma permanente de 29 buques de la compañía, aunque en momentos determinados esta cifra ascendió a 36⁸ empleándose algunos de ellos con funciones de transporte sanitario (Tabla 2). Tres de ellos estuvieron habilitados como buques-hospital. Concretamente fueron el «Andalucía» (Figura 5), el «Villarreal» y el «Barceló»^{11,16}.

Tabla 2. Buques españoles y transporte de personal y material sanitario.

Buque	Personal y material sanitario transportado
Escolano	Ambulancias de campaña, sección de higiene, sección de camilleros, personal de hospital de campaña, sección de montaña de Sanidad
Alhambra	Hospital de campaña, servicio de Higiene, Sección de camilleros
Aragón	Sección de camilleros, personal de sanidad
Lázaro	Sección de camilleros
Navarra	Sección de camilleros
Isla de Menorca	Sección de camilleros
Jorge Juan	Sección de camilleros
Florinda	Sección de camilleros
Sagunto	Hospital de Campaña, ambulancia de campaña, sección de camilleros, sección de higiene
Romeu	Ambulancia de campaña, sección de camilleros
Hesperides	Sección de higiene
Cabañal	Personal de sanidad
Sagunto	Hospital de campaña, ambulancia de campaña

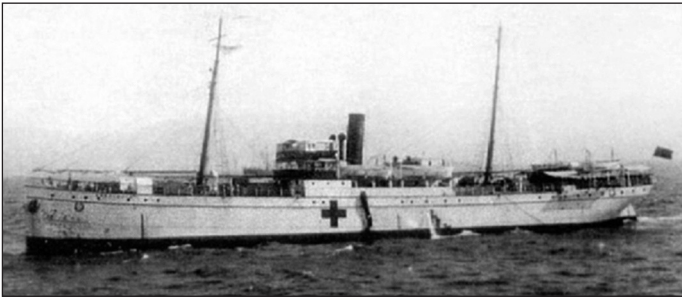


Figura 5. Buque Hospital Andalucía. Fuente: Font F. La compañía Trasmediterránea en el desembarco de Alhucemas Revista de Historia Naval 2009; 107: 57-74.

El «Villarreal» apoyaba a la columna Fernández Pérez, mientras que el «Barceló» estaba integrado en la columna de Saro. En un principio, el «Andalucía» actuaba de reserva⁹.

El «Villarreal» y el «Andalucía» se adaptaron para tener una capacidad de 330 heridos cada uno. En el segundo se instaló el equipo quirúrgico que dirigía el comandante médico Aguilera, formado por los oficiales médicos Fernández Lozano, Cerezo, Abenga y Revenga y los practicantes Rocamora y Gisbert, auxiliado por varias religiosas de las hermanas de la caridad^{8,13,16}.

El «Barceló», por el contrario, era ya buque-hospital desde el 17 de enero de 1922, fecha que finalizaron las obras de acondicionamiento que se hicieron en el tiempo de 17 días. Estaba habilitado para 214 enfermos (para el desembarco se aumentó a

330) y contaba con quirófano, enfermería especial de infecciosos y un departamento para psiquiatría^{8,13,16}.

Las barcasas tipo K (Figura 6), empleadas en la operación fueron determinantes para el éxito del desembarco. Habían sido adquiridas en Gibraltar y eran restos del fracasado desembarco aliado realizado en Gallipoli durante la I guerra mundial. Tenían fondo plano, con un desplazamiento aproximado de 300 toneladas y aunque podían desarrollar una velocidad de 7,5 nudos disponían de muy poca autonomía, por lo que tuvieron que ser remolcadas hasta pocos metros de la playa. Podían transportar a 300 hombres cada una, aunque alguna de las barcasas superó ese número en la operación de desembarco. Tanto la rampa de embarque como el plan de la barcaza fueron reforzados para la operación al objeto de poder transportar los carros de combate. Cada brigada se la apoyó con dos barcasas ambulancia^{2,11}. A modo de ejemplo, en la columna Franco las barcasas K 8 y 16 y en la columna Martín las barcasas 4 y 19 contaban con zapadores, un enfermero, seis camilleros y el correspondiente material sanitario².

SANIDAD AÉREA

A pesar de que la creación del ejército del aire es posterior a esta campaña¹⁷, tanto el ejército como la armada, contaban con medios aéreos para participar en el desembarco. En esta operación, la mayor parte de las fuerzas aéreas estaban encuadradas dentro del servicio de aeronáutica terrestre⁹.

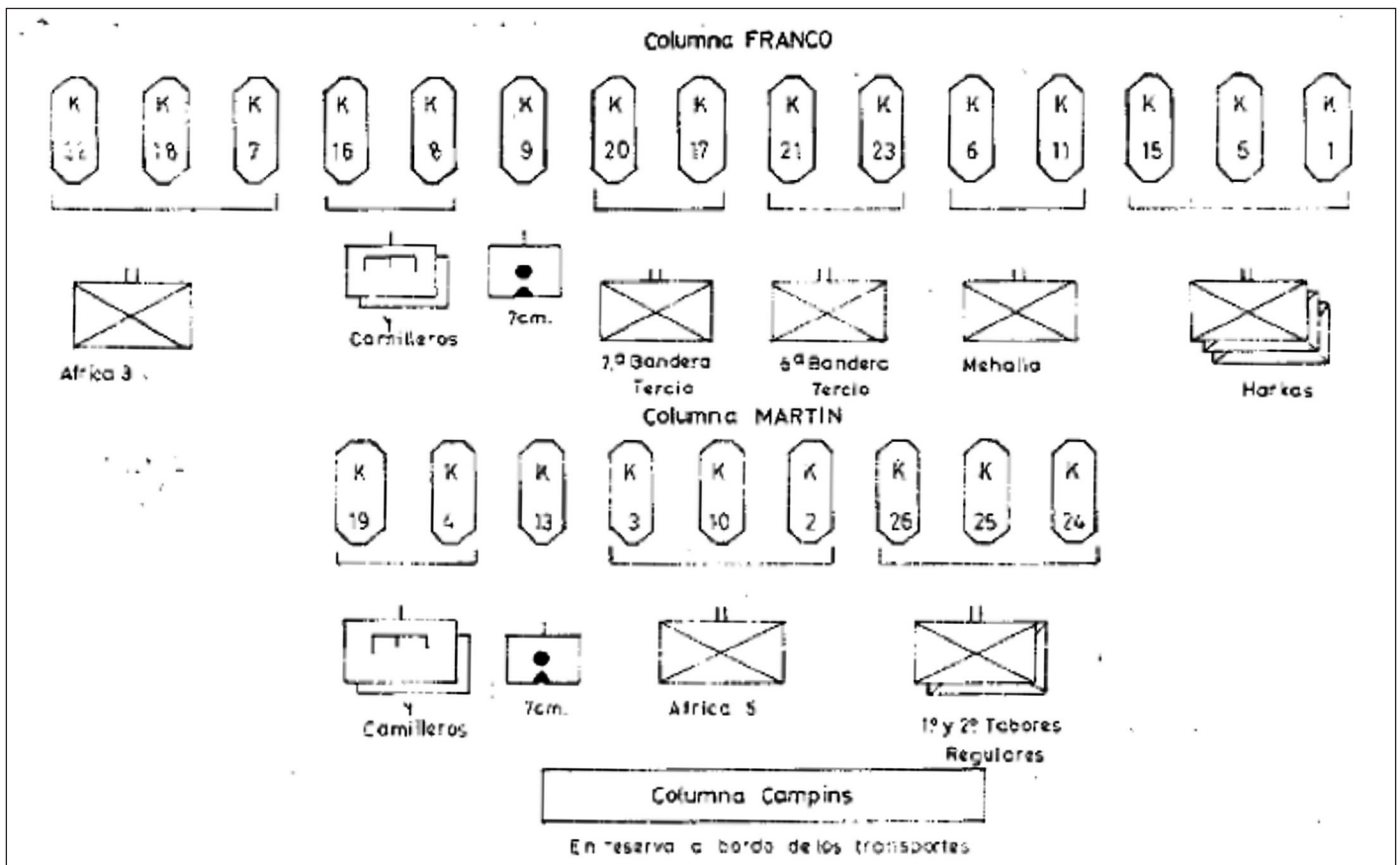


Figura 6. Disposición de camilleros en las barcasas 16,8, 19 y 4. Fuente: Alaez O. La lección logística de Alhucemas. Revista General de Marina 1972; 183: 595-622.



Figura 7. Hidroavión sanitario Junker F-13 perteneciente a la cruz roja española. Fuente: Diz MR, Virseda M, Diz L, Cancho MJ, Sáez D, Paños P. *El transporte de heridos por vía aérea durante la campaña del norte de África*. *Med Mil* 2006; 62 (1): 41-7.

De los diferentes modelos de aparatos, se eligió el Junker F-13 (Figura 7) como el idóneo para realizar labores sanitarias. Había dos versiones de este modelo: terrestre y naval (hidroavión). Estos aviones fabricados en un principio como avión de transporte tenían un peso de 1225 kg y una carga útil de 775 kg, por lo que podía transportar dos tripulantes y cuatro pasajeros, lo que los hizo muy útiles para su uso sanitario. Para el desembarco, el servicio de aeronáutica terrestre empleó 3 de estos aviones para aeroevacuación médica. Cada aeronave sanitaria contaba con un piloto, un mecánico encargados del pilotaje del aparato, al que le acompañaba un oficial médico que asistía a los dos heridos que podían ser transportados durante el traslado^{6,18}. Durante todo el año 1925 fueron evacuados por este medio 957 pacientes⁶.

Desde un punto de vista aéreo, la armada española contribuye al desembarco con el portaaviones Dédalo, que transporta 18 hidroaviones y 1 dirigible¹⁹. Las misiones fundamentales de estos aparatos fueron de reconocimiento y bombardeo. O'Donnell²⁰ y Herrera²¹ destacan que se emplearon dos hidroaviones Dornier para colaborar en la aeroevacuación de las bajas (estos hidroaviones tenían una carga máxima de 3.300 kg, su velocidad máxima era de 195 km, autonomía aproximada de 500 km, capacidad de combustible 4.000 litros y tenía un techo de 4.000 m)²².

CRUZ ROJA

El análisis sistemático de las actividades de la cruz roja española en el norte de África durante la guerra del Rif continúa siendo una tarea pendiente. Este hecho puede deberse a la reiterada negativa de la sociedad nacional española a admitir el envío de una misión humanitaria a ese territorio. Dicha actitud fue expresada por el entonces presidente Marqués de Hoyos: «La cruz roja española, de acuerdo con el gobierno español y del majzén (gobierno marroquí), no cree oportuna la ayuda de una comisión internacional para contribuir a aliviar los sufrimientos de los rifeños con ocasión de las operaciones de policía necesarias para restablecer el orden alterado por los rebeldes, no beligerantes, que ignoran la autoridad del majzén, protegido del gobierno español de acuerdo con los tratados internacionales»...²³

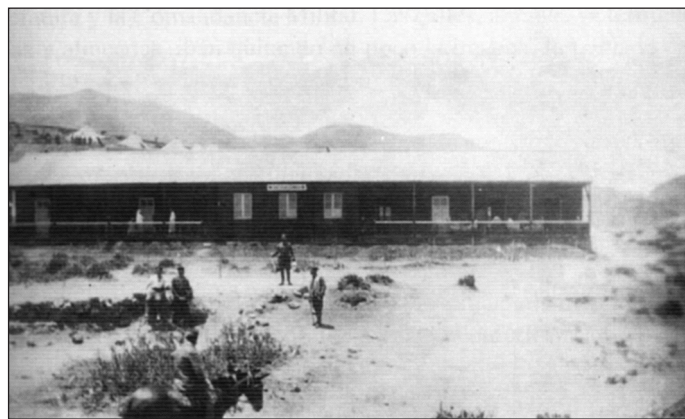


Figura 8. Hospital de la cruz roja en la playa de Cala Bonita. Fuente: Rubio P, Lacalle M. *Alhucemas 1925*, 2.ª ed Málaga: Carvajal; 1999.

La reina Victoria Eugenia, duquesa de la Victoria jugó un destacado papel dentro de esta institución filantrópica. Desde un punto de vista sanitario, colaboró con el comandante médico Mariano Gómez Ulla (jefe sanitario de la operación) y su función fue la de ejercer de jefe de enfermería de esta organización internacional. Simultaneaba su trabajo entre los tres buques hospitales y la inspección de los servicios que estaban a cargo de la cruz roja. Iniciado el desembarco, desde el «Barceló», fue una de las primeras civiles que pisó la playa tras las tropas. Posteriormente, junto con el General Saro, estudió el emplazamiento sobre el terreno de un hospital de la cruz roja en Cala Bonita^{8,23} (Figura 8).

La cruz roja contó con dos aparatos Junker F-13W en versión ambulancia. El F-13W era la versión hidroavión y contaba con dos flotadores en vez de tren de aterrizaje. Con la colaboración de pilotos militares¹¹, estos aviones sanitarios actuaron durante las operaciones de desembarco en Alhucemas²³.

PREPARACIÓN SANITARIA DEL DESEMBARCO

Se realizó un plan de adiestramiento de sanidad junto a las unidades de infantería, sección de especialistas, artillería, ingenieros e intendencia. La sanidad se ejerció en sus actividades específicas además de las propias del embarque y desembarque de hombres y material⁹.

Las instrucciones generales para el servicio sanitario contemplaban los siguientes puntos⁷:

- Los cuerpos debían llevar al completo el material individual y el colectivo.
- Los hospitales, con trescientas camas y un quirófano, debían ir al completo de personal, material de curas y víveres para poder trabajar quince días al completo de pacientes.
- El hospital de campaña de cada columna llevaría un equipo quirúrgico, procedentes uno de Ceuta y otro de Melilla. Los equipos de los barcos hospital y del hospital de Alhucemas procederían de la península.
- Los barcos hospital evacuarían sobre Ceuta, Melilla, Almería o Málaga, preferentemente de noche, pudiendo utilizarse en caso necesario cualquier otro barco para evacuar enfermos o heridos leves. Como ambulancias navales se

- utilizarían dos barcasas requisadas y lanchas con personal de la armada y material correspondiente a cada territorio.
- Como hospitales permanentes se prepararían dos al completo en Melilla, en Ceuta, los de Málaga, Almería y parte del de Madrid. Los legionarios e indígenas heridos serían evacuados a su territorio correspondiente, nunca a la península.
- El personal que desembarcase primero, tanto de las ambulancias como de los hospitales de campaña, debía actuar como camilleros hasta recibir su material específico, mientras que los camilleros de las unidades evacuarían a los heridos a retaguardia.
- Los servicios de higiene, al mando del comandante médico jefe del laboratorio, se dedicarían inicialmente a la potabilización de aguas, preparar letrinas y enterrar cadáveres. Posteriormente realizarían la desparasitación.

El criterio impuesto en los planteamientos previos fue el de la evacuación rápida para optimizar el rendimiento del servicio sanitario, evitando la acumulación de heridos en los puestos de socorro e imprimiendo rapidez a los camilleros. En las ambulancias, la celeridad en la revisión de las curas, la clasificación y la evacuación al hospital de campaña también eran vitales para evitar el colapso sanitario. Por otra parte, el director del hospital de campaña era quien seleccionaría a los enfermos o heridos que debían pasar al barco hospital, llevando un registro minucioso de los ingresos y lugar de evacuación, así como un control exhaustivo de camas libres, existencia de víveres y demás artículos necesarios para el funcionamiento, debiendo remitir diariamente a las diecinueve horas una parte al estado mayor.

Las órdenes indicaban la necesidad de establecer en cada base que se desplegase en la playa, un hospital de cien camas y la posibilidad de evacuar a retaguardia por medio de los barcos hospital.

El orden con que comenzaría a actuar sanidad era el siguiente: con el primer escalón se trasladaría a tierra el personal preciso para establecer un puesto de curación de urgencia y evacuación. Con el segundo escalón, en cuanto fuese posible, desembarcarían los elementos de evacuación de los cuerpos y los de las ambulancias de campaña. Con el tercer escalón lo haría el material de los hospitales de campaña. Esto implica que en los momentos más peligrosos, con las primeras oleadas de desembarco, también llegaron los médicos, sanitarios y camilleros del cuerpo para comenzar su trabajo⁷.

EVENTOS SANITARIOS DURANTE EL DESEMBARCO

Según señala Carrasco¹¹, de los buques del convoy, el que primero se acercó a tierra fue el «Hespérides», que transportaba material sanitario, por propia decisión de su comandante, al considerar que tal material era de importancia vital para poder hacer frente a la curación de las bajas que se fuesen produciendo. Durante el primer día de desembarco, las bajas no llegaron al centenar. A pesar de que la presión enemiga iba en aumento, la evacuación se inició la misma tarde².

Por razones del servicio, efectivos de intendencia, ayudaron a los de artillería y sanidad a realizar la evacuación inicial de las bajas. Se constituyó en la playa un puesto de clasificación

de heridos que eran evacuados inmediatamente en botes de la escuadra a los barcos hospitales⁹.

Uno de los hospitales estuvo instalado en Cala del Quemado. Se componía de barracones y en él había un equipo quirúrgico dirigido por el capitán médico López Muñiz¹².

A partir del día 12 de septiembre, todos los servicios, incluidos el hospital de campaña estaban en funcionamiento^{2,12}. El estado de la mar permitió continuar con la evacuación de heridos. Hasta el día 22 de septiembre, las bajas entre muertos y heridos eran de 481².

En la madrugada del día 22 se hizo un reconocimiento en fuerza a cargo de una harca por cada brigada, tuvieron que replegar con numerosas bajas. El día 24 de septiembre amainó el poniente, procediéndose a una nueva evacuación de heridos².

EVACUACIÓN

Todo el sistema de transporte terrestre, dado el carácter montañoso de la zona y sin vías de comunicación, descansaba en las unidades a lomo. El ganado de la fuerza de desembarco sumaba 1.400 cabezas. Para la evacuación de bajas, las ambulancias de campaña contaban con 40 mulos cada una.

La decisión de no utilizar ganado en la primera fase del desembarco trajo consigo el estudio y puesta en práctica de un plan de transporte a brazo que hiciese posible el traslado del distinto material y en el caso de la sanidad, de las bajas a lo largo de la cadena de evacuación en tierra. Para poder realizar esta adaptación, se constituyó una gran unidad de transporte sanitario en camillas con personal de la compañía de transporte, de montaña, de intendencia, de la ambulancia de campaña, de sanidad y de la sección de higiene.

Una vez recibido el ganado de la sección de montaña, la cadena de evacuación seguía la secuencia siguiente² (Figuras 9 y 10):

- Los camilleros de la primera línea a los puestos de socorro.
- Las artolas de los cuerpos del puesto de socorro, a la cabecera de ambulancia.
- De la cabecera de la ambulancia al hospital de campaña, en las artolas de la sección de montaña de Sanidad Militar.
- Del hospital de campaña las bajas eran evacuadas a las barcasas blindadas, que a su vez, las llevaban a embarcaciones a motor.

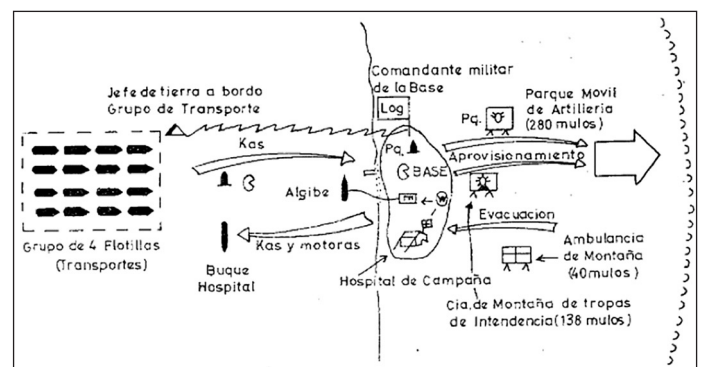


Figura 9. Evacuación de las bajas desde el frente a los buques hospital. Fuente: Alaez O. La lección logística de Alhucemas. Revista General de Marina. 1972;12:595-622.



Figura 10. Oficial Médico español atendiendo a un herido. Fuente: Francisco LM. 1925 *Nuestro día en Alhucemas*, Valladolid: Galland Books; 2008.

- e) Las embarcaciones a motor llevaban a las bajas a los buques hospital o a la isla de Alhucemas.
- f) Entre la zona marítima y las bases de Ceuta y Melilla y la península, el buque hospital que se ordenase.
 - Eventualmente las bajas leves iban a un barco mercante para dirigirse a Melilla o a Málaga¹².
- g) Para evacuaciones de suma urgencia se disponía de aviones con configuración sanitaria.

La evacuación de los heridos desde tierra la coordinó el comandante médico Américo⁸.

Según el Teniente Médico de la armada Esteban Vélez era necesaria una embarcación de desembarco más apropiada para la evacuación médica que las barcasas K, en las que era tremendamente complicado embarcar las bajas. También las motoras de los acorazados carecían de espacio suficiente para el transporte de heridos. Este oficial médico añadió la necesidad restablecer desde el día de desembarco un puesto de socorro a cargo de un médico de la Armada, que de acuerdo con el médico militar que tuviese análogo servicio en tierra, dispusiera el orden de evacuación de los heridos. Se podría extrapolar esta situación a la necesidad de contar con el buque de control de evacuación de bajas, que distribuye las mismas para evitar sobrecargas en los buques hospital².

La evacuación de los heridos en estos combates se hizo sobre la península, distribuyéndolos en combinación con los trenes hospital por los diferentes hospitales militares⁷.

BAJAS Y RECOMPENSAS

El balance final de muertos y heridos del contingente español fue de 361 fallecidos (24 jefes y oficiales, 132 europeos y 205 indígenas) y 1.975 heridos (109 jefes y oficiales, 786 europeos y 1.080 indígenas)¹¹ (Figura 11). Se desconoce el número de bajas dentro de la Fuerza de Abd el Krim.

El buque hospital «Barceló» evacuó durante la campaña a 5.549 enfermos (65 jefes y oficiales y 5.484 de tropa) y 838 heridos (113 jefes y oficiales y 725 de tropa) a los puertos de Melilla, Málaga, Cádiz, Sevilla y Cartagena. En el «Andalucía» fueron evacuados 3.300 heridos¹¹.

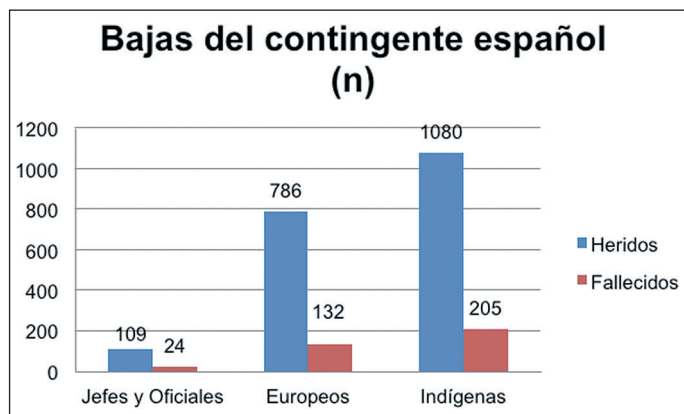


Figura 11. Descripción de las bajas sufridas por el contingente español durante el desembarco de Alhucemas. Fuente: Carrasco A, de Mesa L, Domínguez SL. *Las imágenes del desembarco Alhucemas 1925*, 2.ª ed Madrid: Ediciones Almena; 2011.

Para la atención de heridos entre la península y África se prepararon 4.000 camas y dos trenes hospitales. Se prepararon hospitales permanentes en Melilla, Málaga y Madrid¹¹.

Hasta mayo de 1926 por esta operación militar se concedieron las siguientes recompensas al valor: 13 cruces laureadas, 28 medallas militares, 2 medallas navales y 5 medallas navales colectivas²⁴. De ellas, destacamos la medalla militar concedida al capitán médico César Merás^{18,25} y la cruz de segunda clase de María Cristina al comandante médico Mariano Gómez Ulla tras ejercer el mando de todos los equipos sanitarios e intervenir quirúrgicamente tanto en los buques hospitales, como en el hospital desplegado en la playa de la Cabedilla¹³.

LECCIONES OBTENIDAS

Las características fundamentales de las operaciones anfibia, son su flexibilidad y movilidad. La primera, viene definida porque puede emplear una amplia abanico de fuerzas potentes y equilibradas, en función de la amenaza previsible y de las necesidades tácticas de la misión, mientras que la segunda viene determinada por el potencial que tienen los buques de transporte para trasladar al elemento anfibio y emplearlo en el momento preciso en que se requiera su intervención. Este tipo de operaciones presentan unas características tácticas, logísticas y también sanitarias diferentes a las operaciones puramente terrestres^{26,27}.

Al planificar el desembarco, los mandos españoles tuvieron muy en cuenta las razones que condujeron al fracaso la acción anfibia sobre Gallipoli durante la primera guerra mundial: la ausencia de un mando único que integrase no solamente las distintas fuerzas de cada país, sino que coordinara el total de las fuerzas armadas participantes y la falta de un plan detallado de acción, con los objetivos a conseguir, para cada una de las unidades de los tres ejércitos⁸. A nivel sanitario, el desembarco sobre Gallipoli se saldó con 44.092 fallecidos, 96.937 heridos²⁸ y aproximadamente 125.000 enfermos entre las fuerzas aliadas²⁹. Se estima que las fuerzas otomanas sufrieron 86.692 muertos, 164.617 heridos y 251.309 enfermos²⁸.

La situación sanitaria de partida era mejorable. Las condiciones médicas e higiénicas de la época en la zona distaban de ser

las más adecuadas³⁰, el despliegue hospitalario de la sanidad militar en Ceuta³¹ y Melilla³² en ocasiones era insuficiente, existían problemas de personal³³ y económicos⁷ en la sanidad militar durante el primer tercio del siglo XX. Así mismo, las autoridades españolas y el gobierno marroquí no permitieron a la cruz roja desempeñar todos sus cometidos en esta zona²³. Sin embargo, se comenzaba a obtener experiencia con las instalaciones sanitarias desplegables^{4,15} y en las evacuaciones tanto a nivel naval⁸ como aéreo^{5,6}.

Desde nuestro punto de vista actual, la coordinación sanitaria fue adecuada, la logística prestada notable y el trabajo desarrollado por los oficiales del cuerpo de sanidad muy meritorio.

Como se ha mostrado, la participación de la sanidad militar española a nivel internacional se remonta a muchos años atrás. No debemos olvidarnos de que hace casi un siglo, oficiales médicos españoles fueron pioneros en la coordinación, apoyo logístico, despliegue, atención y evacuación de bajas en ambiente terrestre, marítimo y aéreo. Su recuerdo debe ser nuestro estímulo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Francisco LM. 1925 Nuestro día en Alhucemas, Valladolid: Galland Books; 2008.
2. Alaez O. La lección logística de Alhucemas. *Revista General de Marina* 1972; 183: 595-622.
3. Alvarez JE. Between Gallipoli and D-Day: Alhucemas, 1925. *The Journal of Military History* 1999; 63 (1) 75-98.
4. Campillo JR. Bases históricas del escalonamiento del Servicio de Sanidad en operaciones. *Sanid mil.* 2008; 64 (1): 43-51.
5. Campillo JR. Norma de evacuación, clave en el despliegue sanitario. *Med Mil* 2004; 60 (3): 185-190.
6. Diz MR, Virseda M, Diz L, Cancho MJ, Sáez D, Paños P. El transporte de heridos por vía aérea durante la campaña del norte de África. *Med Mil* 2006; 62 (1): 41-7.
7. Arcarazo LA. El Cuerpo de Sanidad Militar en las campañas de Marruecos 1919-1927. *Revista de Historia Militar*. 185-243.
8. Font F. La Compañía Trasmediterránea en el desembarco de Alhucemas. *Revista de historia naval.* 2009;107: 57-74.
9. Martín A. El desembarco en Alhucemas: organización, ejecución y consecuencias. *Revista de Historia Militar* 1991; 70: 199-262.
10. Rodríguez JL. ¡A mí la legión! Barcelona: Planeta; 2005.
11. Carrasco A, de Mesa L, Domínguez SL. Las imágenes del desembarco Alhucemas 1925, 2.ª ed Madrid: Ediciones Almena; 2011.
12. Masson P. Historia de Sanidad Militar española, Barcelona: Ediciones Pomares-Corredor; 1994.
13. Gómez Ulla JM. Mariano Gómez Ulla. Un hombre, un cirujano, un militar. Madrid: 1981.
14. Redondo F. Los observadores militares españoles en la Primera Guerra Mundial. *Revista de historia militar* 1985; 59: 197-208.
15. Martín F. Hospital quirúrgico de montaña «Gómez Ulla». *Med Mil* 2000; 56(2): 117-121.
16. Gracia M. La Sanidad Naval en la Armada española. Ed. Bazán 155.
17. De Marimon L. Historia de la Aeronáutica. Madrid: Academia General del Aire; 1973.
18. Lacalle M, Rubio P. Desembarco de Alhucemas 8 de Septiembre de 1925, Madrid: SoldiPress; 2000.
19. Coello JL. Del portahidros «Dédalo» a los proyectos de la posguerra. En: Busquets C, Campanera A, Coello JL. Los portaviones españoles. Madrid: Aldaba ediciones; 1994. p. 11-76.
20. O'Donnell C. Las primeras alas de la Armada Española: El servicio de Aeronáutica Naval (1917-1937). *Enciclopedia de la Aviación Militar española* 2000; 2: 327-36.
21. Herrera E. Entre el añil y el cobalto los hidroaviones en la Guerra de España. Madrid: Instituto de historia y cultura aeronáutica; 1987.
22. Martínez-Antonio FJ. La Cruz Roja en La Guerra del Rif (1921-1926). *Revista de Estudios Internacionales Mediterráneos* 2009; 7: 1-16.
23. Abellán J. Aviones de la Aviación Militar Española en la Guerra de Marruecos (1913-1928), Madrid: Ministerio de Defensa; 2005.
24. Blanco JM. 1925 El desembarco de Alhucemas. *Atenea* 2010; 18: 80-84.
25. Belaústegui A. Sanitarios militares en la Guerra de África, 1909-1927, Madrid: Ministerio de Defensa; 2011.
26. Plaza JF, Bravo J, Rodríguez J, Cano JL, de la Hoz A. Organización sanitaria de la Fuerza de Desembarco. *Med Mil* 2000; 56 (2): 123-128.
27. Plaza JF, Cano JL. El apoyo sanitario a flote en operaciones navales y anfibia. *Med Mil* 2004; 60 (1): 40-6.
28. Wright J. A history of war surgery, Gloucestershire: Amberley Publishing; 2011.
29. Encel F. El arte de la guerra, estrategias y batallas. Madrid: Historia Alianza Editorial; 2002.
30. Castrillejo D. Los consultorios de Nador y Zoco El Had en 1912-1913. Los indicios de la labor sanitaria española en esta zona de Marruecos. *Sanid mil.* 2009; 65 (2): 132-143.
31. Diz R. Cinco siglos de historia en los hospitales militares de Ceuta. *Med Mil* 1998; 54 (4): 237-42.
32. Diz MR, Villanueva S, Diz L, Robledo A, Judea B. Paseo histórico por los hospitales militares de Melilla. *Med Mil* 2003; 59 (1): 40-5.
33. Pérez-Lucas C. La sanidad militar en el primer tercio del siglo XX. *Revista de Historia Militar* 1971; 30: 119-144.