

Organización sanitaria en la Guerra del Rif. Revisión bibliográfica

Health organization in the Rif War. Literature review

Autora:

- **Eugenia Luisa Sedeño Delgado.** Investigadora independiente. Málaga. España.

Autora de correspondencia:

- **Eugenia Luisa Sedeño Delgado.** Investigadora independiente. Málaga. España.
Correo electrónico: euge.l.s.d@gmail.com.

Fecha de recepción:

- 04/01/2023

Fecha de aceptación:

- 22/06/2023

DOI:

- <https://doi.org/10.51326/ec.6.4910049>.

Modo de referenciar el artículo:

- Sedeño Delgado EL. Health organization in the Rif War. *Enferm Cuid.* 2023;6.
<https://doi.org/10.51326/ec.6.4910049>.



Las obras se publican en esta revista bajo una licencia Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) que permite a terceros utilizar lo publicado siempre que mencionen la autoría del trabajo y a la primera publicación en esta revista.

Resumen

Introducción: El conflicto rifeño supuso una revolución para el desarrollo de los Cuerpos de enfermeras de la Cruz Roja Española ya que estuvieron inmersos en la ayuda humanitaria de la guerra, colaborando con los profesionales de la Sanidad Militar Española. El protectorado español en Marruecos supuso un antes y un después en la organización sanitaria de un Marruecos en el que predominaba una medicina mágico- religiosa donde los curanderos tenían un papel primordial en la vida de las Cabilas, aunque también existían los primeros atisbos de una medicina moderna.

Objetivo: Reflejar la organización sanitaria y las condiciones higiénicas a las que se enfrentaron los sanitarios que lucharon por salvar vidas durante este suceso histórico.

Metodología: Se trata de una revisión bibliográfica de tipo narrativa.

Desarrollo: La Cruz Roja Española y los miembros de la Sanidad Militar fueron agentes de cuidado y organizadores de la sanidad durante la guerra del Rif. Este papel se acentúa durante el desastre de Anual. Las condiciones higiénico-sanitarias fueron pésimas para estos agentes de salud. La guerra del Rif fue un acelerador del desarrollo de la profesión enfermera en la España del siglo XX.

Palabras claves: Cruz Roja; Dama Enfermera; Guerra del Rif; Marruecos; Sanidad Militar; Siglo XX.

Abstract

Introduction: The Rif War was a revolution for the development of the Spanish Red Cross Nursing Corps since they were immersed in the humanitarian aid the war, collaborating with the professionals of the Spanish Military Health. The Spanish Protectorate in Morocco marked a before and after in the health organization of a Morocco in which magical- religious medicine predominated where the healers had a primary role in the life of the Kabyles, although the first glimpses of the modern medicine also existed.

Objective: To reflect the health organization and the hygienic conditions faced by the health workers who fought to save lives during this event historic that.

Methodology: This is a narrative literatura review.

Development: The Spanish Red Cross and members of the Military Health service were care agents and health organizers during the Rif War. This role is accentuated during the Annual Disaster. The hygienic and sanitary conditions were terrible for this health agents. The Rif War was an accelerator for the development of the nursing profesión in 20th century Spain.

Keywords: 20th Century; Military Health; Morocco; Red Cross; Red Cross Volunteers; Rif War.

Abreviaturas, Acrónimos y/o Siglas:

- CICR: Comité internacional de Cruz Roja.
- CRE: Cruz Roja Española.
- CRF: Cruz Roja Francesa.
- CDE: Cuerpo de Damas Enfermeras.
- CSM: Cuerpo de Sanidad Militar.
- SM: Sanidad Militar.
- 1ª GM: Primera Guerra Mundial.
- DE: Dama enfermera.
- RD: Real Decreto.
- RO: Real Orden.
- EP: Enfermera Profesional.
- HC: Hermana de la Caridad (Hijas de la Caridad de San Vicente Paul).

Introducción

1. Contexto histórico

La Guerra del Rif (1921- 1927) marcó la acción protectora española del norte de Marruecos, encomendada en varios tratados, además del convenio firmado en Madrid en noviembre de 1912, que fijaba la situación tanto de Francia como de España en territorio jerifiano^{1,2,3,4}. Los rifeños rechazaron la entrada de los españoles en el territorio desatando revueltas en las distintas cabilas. La poca preparación del Ejército español junto con la naturaleza beligerante de las tribus rifeñas y las características del terreno hicieron del fracaso la única opción para los militares españoles. Parte de la culpa del déficit en el ejército fue mala gestión económica del mismo^{2,3}.

La pérdida de las colonias de ultramar sumió a la política española en el aislamiento internacional. España no aceptaba quedarse fuera del movimiento Neocolonial europeo y, sin saberlo pudo entrar gracias a su posición geoestratégica. Esta la hacía muy valiosa para equilibrar las fuerzas que Francia, Inglaterra y Alemania querían tener dentro del Mediterráneo. Sin embargo, la nación española se sumió en la euforia colonial por las siguientes razones: El miedo a ser acorralada por los franceses tanto por el norte como por el sur; el empeño de reclamar a Gibraltar como propia y, los intereses económicos que suscitaba la riqueza minera de la zona norte marroquí.

Es importante en este punto la Conferencia de Algeciras (1906), aquí se consideraba al Sultán como poder máximo de Marruecos y, tanto a Francia como a España

como naciones protectoras de este ante las tribus sublevadas. Esta posición ventajosa fue usada por ambos países para militarizar territorios de forma pacífica. Hay que considerar también, que el terreno que recibió España después de la sucesión de tratados se redujo bastante con respecto al inicial y este era muy abrupto e infértil (Anexo I). La función del Protectorado según el tratado de Madrid de 1880 era: “Velar por la tranquilidad de la zona y prestar su asistencia al Gobierno marroquí para la introducción de todas las reformas administrativas, económicas, financieras, judiciales y militares que necesita”⁷. En la práctica esta función fue más compleja y costosa, tanto a nivel económico como a nivel humano.

Dentro del marco histórico que se presenta, España se encontró a un país con una sanidad basada en el curanderismo, muy arraigado en la zona⁷. Hay que tener en cuenta que existían médicos marroquíes destacables que se acercaban a la medicina moderna con el estudio de los tratados de Avicena y Averroes, y que por lo tanto se alejaban de la corriente tradicional⁸. Los primeros intentos de modernización de la sanidad marroquí por parte de los españoles se dieron antes del inicio del Protectorado, algunos ejemplos son: la creación del Consejo Sanitario de Tánger en 1884, la formación de la Comisión de Higiene y la apertura del primer hospital moderno en Tánger en 1888⁹.

Algo que fue determinante en el desarrollo de la organización sanitaria durante la guerra es el desempeño de las figuras del practicante militar y de la dama enfermera (DE) de la Cruz Roja. Además, son de extrema importancia las Hijas de la Caridad (HC) y el Cuerpo de Enfermeras Profesionales (EP). Su trabajo conjunto como agentes de cuidado logró salvar muchas vidas además de contribuir en la implementación de una serie de infraestructuras sanitarias y sociales que ayudaron, en tiempos de paz, al desarrollo de la sanidad marroquí durante el Protectorado¹⁰.

2. Justificación

La información existente sobre la actuación en el conflicto tanto de CR internacional como nacional no da una visión general de lo que hicieron realmente durante este periodo, ya que el momento histórico en el que se desenvuelve es bastante convulso y la situación sociopolítica de España no era la mejor¹¹. Pero, en 2016, se publican las tesis doctorales de la Dra. Mas Espejo y de la Dra. López Vallecillo, en las que unifican mucha de la documentación existente sobre el desarrollo de los Cuerpos de Damas Enfermeras y de Enfermeras Profesionales de la Cruz Roja, del desarrollo de la

enfermería como una profesión liderada por mujeres y también, la intervención de la Cruz Roja en la Guerra del Rif.

Cuando se han realizado búsquedas sobre la Sanidad Militar existente se ha visto su papel predominante sobre la organización y administración tanto de personal como de materiales dentro del protectorado¹², pero no un esquema preciso sobre su actuación conjunta con entidades privadas dentro del conflicto. Es necesario que se recoja en un documento la actuación conjunta de estos cuerpos sanitarios, por lo que se ha visto conveniente la recogida y combinación de todos estos datos en un documento para la clarificación de la organización sanitaria en el nombrado evento.

Objetivos

Después de las observaciones realizadas durante la búsqueda bibliográfica se han redactado los siguientes objetivos:

Objetivos principales

- Recopilar la información existente sobre la organización sanitaria en la contienda.
- Integrar el papel de la Cruz Roja dentro del entramado de la Sanidad Militar española del momento.

Objetivo secundario

- Conocer las condiciones higiénico-sanitarias a las que se enfrentaron los trabajadores de la salud en este suceso de la historia española.

Metodología del trabajo

1. Diseño del estudio

El presente trabajo es una revisión bibliográfica de tipo narrativa. Este tipo de estudio es un procedimiento estructurado que tiene por objeto la recopilación de la información importante sobre un tema concreto para responder dudas que surgen en la práctica de un área de conocimiento. Estos estudios consisten en la búsqueda de libros, revistas, artículos, tesis, etc., que hablen sobre el tema elegido, a través de bases de datos para después expresar de manera sintetizada dicha información¹³.

Sus objetivos son “explorar, describir y discutir un determinado tema de forma amplia”, teniendo en cuenta

una gran variedad de elementos desde la visión teórica. De esta manera podríamos decir que su fin principal es el avance de una ciencia gracias a la revisión exhaustiva de lo que ya se conoce, identificando las lagunas existentes y dando lugar a nuevas líneas de investigación¹⁴.

2. Etapas del estudio.

Para la realización de este trabajo se ha hecho una primera búsqueda de información en las bases de datos que se describen en el punto 4, la preselección de los trabajos más adecuados a través de la lectura de su resumen y la realización de listas de los trabajos seleccionados a través del gestor bibliográfico Mendeley. Después se ha procedido a la lectura detallada y comprensiva de los trabajos preseleccionados y a la elección de aquellos que más se acercaban a la información necesaria para llegar a los objetivos planteados. Los siguientes pasos han sido la extracción de la información y realización de fichas de contenido, elaboración de un esquema inicial del trabajo, la realización de una segunda búsqueda, lectura y selección de nuevos trabajos adaptados al tema, la realización de fichas de contenido de estos y, por último, la redacción del presente trabajo.

3. Descriptores.

Aquí se presentan los descriptores DeCs utilizados en combinación con los operadores booleanos AND y OR: “Protectorado”, “siglo XX”, “Marruecos”, “Enfermeras”, “Enfermeros”, “Guerra del Rif”, “Profesionales”, “Damas Enfermeras”, “Cruz Roja Española”, “Cruz Roja”, “Alfonso XIII”, “Reina Victoria Eugenia”, “Desastre Annual” y “Practicante militar”.

4. Estrategia de búsqueda.

Para la realización de este TFG se han utilizado los siguientes motores de búsqueda: Dialnet, CUIDEN, Biblioteca Virtual de Defensa (BVD), Hemeroteca Digital de la Biblioteca Nacional de España (HDBNE), SciELO, Biblioteca Pública Municipal “Dámaso Alonso” (Málaga) y los repositorios universitarios de Valladolid (UVaDOC), Alicante (RUA_) y Cádiz (RODIN).

Al tener carácter transversal, por querer recoger la información existente desde el momento del suceso hasta el día de hoy, no se ha acotado la fecha de los trabajos de investigación seleccionados.

Se realizó una primera etapa de búsqueda en el mes de noviembre de 2021 y una segunda en abril- mayo de 2022 para buscar detalles más concretos.

5. Criterios de exclusión.

Se han excluido todos los artículos que fuesen de acceso pagado o incompleto, en un idioma diferente del español y que no hablasen sobre la temática escogida en este trabajo.

Desarrollo

1. Las damas enfermeras españolas de la Cruz Roja.

Un suceso importante en el desarrollo de la CRE fue la creación del cuerpo de Damas Enfermeras las cuales tenían una acción asistencial y social muy marcada.

En cuanto a su papel cuidador, podemos destacar que era totalmente caritativo, es decir, no recibían remuneración por su labor. Por ello trabajaban en los pabellones donde

se daba asistencia gratuita o de bajo coste y, en caso de presentarse un gran volumen de trabajo, iban a realizar su servicio a los pabellones donde había habitaciones de pago, como en el Hospital de Cartagena¹⁰.

Por reglamento, tenían prohibida la realización de turnos nocturnos, excepto en casos puntuales.

Las DE no solo actuaban en situación de paz, sino que también, en casos excepcionales como catástrofes, disturbios o guerra¹⁵.

En la siguiente tabla se presentan las funciones de las DE:

FUNCIONES DE LAS DAMAS ENFERMERAS	
LABOR ASISTENCIAL	LABOR SOCIAL
<p>En el dispensario:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hacer curas. Ayudar al médico en las consultas. Ayudar al farmacéutico a la fabricación de una gran variedad de medicamentos. 	<p>Colaboran con iniciativas destinadas a la infancia como las casas cuna, comedores sociales, gotas de leche o colonias infantiles y las clínicas contra el analfabetismo.</p>
<p>En la sala operatoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Preparar y esterilizar el material quirúrgico. Realizar las curas de menor envergadura y asistir al médico en las de mayor gravedad. Asistir al médico en las cirugías. 	<p>Gestionan los Roperos de Santa Victoria. Iniciativa de la Reina Victoria que comienza en Bilbao y Madrid, se extiende por todo el país. Su objetivo es reunir ropa para poder proporcionarla a los más necesitados; los soldados también se beneficiaban de este servicio en ciudades como Málaga.</p>
<p>En la sala de hospitalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> Acompañar al médico en las visitas diarias y apuntar todas las indicaciones. Administrar las inyecciones hipodérmicas. Recepción de los nuevos ingresados. (lavado y desparasitado). Hacían camas, cambiaban flores, acompañaban y consolaban a los enfermos, fregaban cacharros, cuidaban los alimentos, etc. Hacían los cambios posturales a los enfermos. 	<p>Organizan y gestionan las Bibliotecas de convalecientes. Estas se encontraban en los hospitales y estaban formadas por libros donados por los médicos, asociados, benefactores externos y las propias damas, teniendo en cuenta los intereses de los pacientes y, sin salir de la moral e ideologías patrióticas y religiosas.</p>
<p>Servicio domiciliario a enfermos con necesidades económicas que no podían acudir al dispensario por estar físicamente impedidos.</p>	

Tabla 1: Funciones de las Damas Enfermeras.
Fuente: Elaboración propia.

En tiempo de paz las DE ejercían su labor en los hospitales y dispensarios de su localidad, siendo enviadas a zona de conflicto si así la reina Victoria Eugenia lo estimaba conveniente. En periodos de guerra, se dedicaban a la atención de los hospitales, dispensarios y consultorios para civiles, pero, además, eran enviadas al frente, a los puestos de socorro quirúrgicos y hospitales de campaña, para dar la atención urgente a los heridos que necesitaban ser estabilizados antes del traslado en los trenes y buques hospital. En estos últimos también eran atendidos por las DE, las EP y las HC^{10,15,16}.

Según López Vallecillo¹⁵:

“El personal sanitario femenino estuvo expuesto al contagio de enfermedades, ejemplo de ello fue el caso de la dama enfermera Merry del Val, que contrajo paludismo durante el desempeño de su labor en el hospital de la Cruz Roja en Melilla. Trabajar cerca del frente y en condiciones climatológicas adversas fue otro de los problemas que tuvieron que enfrentar”.

Con este apunte podemos ver que las condiciones higiénico-sanitarias para los profesionales que trabajaron durante la guerra no fueron las más favorables para evitar contraer estas enfermedades infectocontagiosas. Más adelante, en las instrucciones que debían seguir las DE durante la instrucción de la SM, se hace un apunte sobre otras condiciones higiénicas desfavorables como la falta de agua. La pérdida de este privilegio hace más difícil el mantenimiento, tanto de la higiene personal como de la higiene en las técnicas practicadas sobre los pacientes, aumentando el riesgo de infección de estos y, de los sanitarios que trabajaron en esas condiciones.

2. Cuerpo de enfermeras profesionales.

Otro suceso importante en la organización de CRE, previo al Desastre de Anual, fue la creación de un cuerpo de enfermeras profesionales (CEP), las cuales ejercían de manera remunerada. Aunque las mujeres pertenecientes a este cuerpo no estaban en posesión de su titulación cuando ocurrió el Desastre de Anual, participaron en calidad de alumnas en prácticas, siendo un pilar de sostenimiento en la tarea de socorro que realizó la CRE en Marruecos. La diferencia entre ambos cuerpos era que las Enfermeras Profesionales (EP) tenían una formación más amplia y que su trabajo era retribuido mientras que las DE hacían su trabajo de manera voluntaria.

El cuerpo de Enfermeras Profesionales (CEP) empezó su andadura formativa en el año 1918, en las escuelas

del CDE de Madrid y Barcelona, creándose oficialmente el cuerpo en 1922 junto con la publicación de su primer reglamento.

3. Cuerpo de Sanidad Militar.

3.1. Origen y organización del Cuerpo de Sanidad Militar.

El Cuerpo de Sanidad Militar surgió de la necesidad de incorporar personal formado en sanidad en el ejército español. Gracias a la publicación de la RO del 30 de enero de 1836 nació el Cuerpo de Sanidad Militar, dando cabida a los médicos dentro de la organización y disciplina del ejército. En la última Guerra Carlista (1873- 1876), trabajaron codo con codo con la Cruz Roja Española. Fue con el Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar del 1 de julio de 1896 con el que se definió la organización sanitaria del protectorado durante la campaña del Rif¹².

En el artículo 1 del primer capítulo del Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar del 1 de julio de 1896¹⁸ se expresa la función de este de la siguiente manera:

Tiene por objeto la asistencia facultativa de las tropas durante las marchas y operaciones, cuidar de la aplicación de las reglas de higiene, evacuar conveniente y oportunamente los enfermos y heridos, instalar según necesidades los puntos de curación, ambulancias, hospitales de campaña y evacuación, y distribuir el material sanitario con arreglo a las necesidades tangibles o presuntas.

Campos Martínez³ hace referencia en su libro a la escasez de medios materiales que sufría el Ejército en Marruecos y las malas condiciones higiénicas y del material con el que contaban con las siguientes palabras:

Faltaban cohetes luminosos para señalar el ataque a las posiciones y desde luego ametralladoras o planchas blindadas individuales. Los soldados disponían de un solo uniforme y como calzado, alpargatas [...] Los soldados muchas veces dormían acurrucados sobre la manta mojada, ateridos de frío y humedad. En estas condiciones las enfermedades resultaban muy frecuentes.

El alimento era otro problema esencial [...] Las cocinas de campaña [...] eran inexistentes en el campo, hasta 1925. [...] las enfermedades por los enfriamientos, mala calidad del agua, mosquitos y dolencias venéreas, muy numerosas.

El autor aporta una prueba más de que las condiciones higiénico- sanitarias fueron muy precoces y una de las causas fundamentales para la baja de efectivos.

4. El Desastre de Anual (1921). Cuando ambos se encuentran.

El Desastre de Anual fue la desgracia que catapultó la acción sanitaria en el Protectorado español de Marruecos y el hecho que desencadenó la Guerra del Rif. En la madrugada del 21 al 22 de julio de 1921, 19.000 soldados perdieron la vida haciendo frente a un ataque inesperado de los hombres de Abd el Krim, y otros tantos terminaron cautivos. Tamaña tragedia movilizó al CSM y a organizaciones caritativas como CRE, que actuaron en conjunto para paliar los efectos devastadores del suceso. Su actuación conjunta duraría hasta 1927, año en el que se pacificó la zona por completo^{3,4,19}.

Ante esta situación catastrófica, la SM se vio sobrepasada, ya que no contaba con las instalaciones adecuadas, ni los materiales, ni el número de sanitarios suficientes. En estas circunstancias era necesario el apoyo de la CRE. La reacción de la CR peninsular fue la de intervención absoluta. Desde la Asamblea Central se decidió destinar personal de su Hospital Central de Madrid a Melilla, algunos de manera permanente y, a otros de manera intermitente. Aquí es donde entra en escena Carmen Angoloti y Mesa. A ella le fue encomendada la tarea de gestión de los hospitales, dispensarios, hospitales de campaña y frente durante la

contienda. Aunque también realizó otras tareas como limpieza de zona, curas y traslado de heridos. También se encargó de la supervisión de otros hospitales de la institución durante la guerra, como el de Málaga¹⁰.

La reina le confió este cometido y la mandó a Melilla junto a otras dos DE más, la ya mencionada Mimi Merry del Val y María Benavente Barbará, 3 enfermeras profesionales y 5 hijas de la caridad, para ayudar a las DE que se encontraban en Melilla. Estas llegaron el 28 de agosto, llevaban consigo material de médico y ropas^{10,15}. El grupo se amplió con 3 HC y 7 EP provenientes del Hospital Central de Madrid¹⁵.

La Duquesa de la Victoria y su grupo de enfermeras no recibieron la calurosa bienvenida que se esperaba. Carmen Angoloti tuvo que enfrentarse con el coronel de sanidad militar Francisco Triviño, al considerar éste que un grupo de damas de la alta sociedad española no podría contribuir al desempeño de la sanidad militar. Carmen, cumpliendo los deseos de la reina hizo valer su cometido y le dijo que se quedaría quisiera el coronel o no¹⁰.

Según Mas Espejo¹⁰ y López Vallecillo¹⁵, en 1921, Melilla cuenta con una buena red de infraestructuras sanitarias, por ello es elegida por la CRE para asentar su labor asistencial y servir como central de evacuación de los enfermos y heridos a la Península. Cuando llegó el grupo de Carmen Angoloti la ciudad contaba con los siguientes hospitales:

HOSPITALES DE MELILLA 1921	Nº DE CAMAS
Alfonso XIII	750
De infecciosos	60
Docker	750
Civil	200. Ceditas a la SM.
De Indígenas	100
De Santiago (Cuartel de Santiago, centro provisional)	750
Nº TOTAL	2.610

Tabla 2. Hospitales y nº de camas de Melilla en 1921.

Fuente: Elaboración propia.

A pesar de que contaba con un número de camas considerable, las necesidades del momento hacen que, según Mas Espejo¹⁰, Carmen Angoloti prevea la instalación de un nuevo centro permanente en las dependencias de la escuela de los Hermanos de la

Doctrina Cristiana, que contó en un primer momento con 100 camas que se sumaban al abultado número general que existía en la ciudad. Aquí trabajan las enfermeras de la CRE, varias de ellas eran DE en servicio permanente. Debido al aumento del volumen de

heridos se organiza un curso breve de DE para poder cubrir la carga de trabajo existente. Estas alumnas hacen el curso mientras prestan servicio en el hospital. La instalación de este centro no es suficiente para atender a todos los heridos, haciéndose necesario el inicio de las gestiones para la cesión temporal del edificio del Grupo Escolar (ANEXO II) que utilizarán para la instalación de un nuevo hospital con 200 camas 20, el cual finalmente ceden a la CRE de manera permanente en 1922. La incorporación de estos dos hospitales de la CRE incrementó el nº de camas de la ciudad a 2910, causando un impacto positivo en la mejora de la atención de los soldados heridos, aunque como veremos a continuación no será suficiente para cubrir la atención tanto de los soldados como de la población civil.

Según Mas Espejo¹⁰ y FMCM²⁰, después de la concesión permanente del edificio del Grupo Escolar, la CRE decide la construcción de un hospital para civiles anexado al mismo dotado con un consultorio, sala de operaciones y hospitalización quirúrgica, de medicina y de maternidad, servicio de lavandería y cocina, sala de rayos X, 2 farmacias, un laboratorio, sala de “higiene para mujeres”, comedor y habitaciones para las enfermeras. Los 2 edificios se unen por un pasillo donde se instala, más adelante un comedor para oficiales. Además, se instala un dispensario para “pobres y menesterosos” que constan de 7 consultas de diferentes especialidades. Es importante resaltar que el servicio de farmacia de este hospital implementa mejoras en el

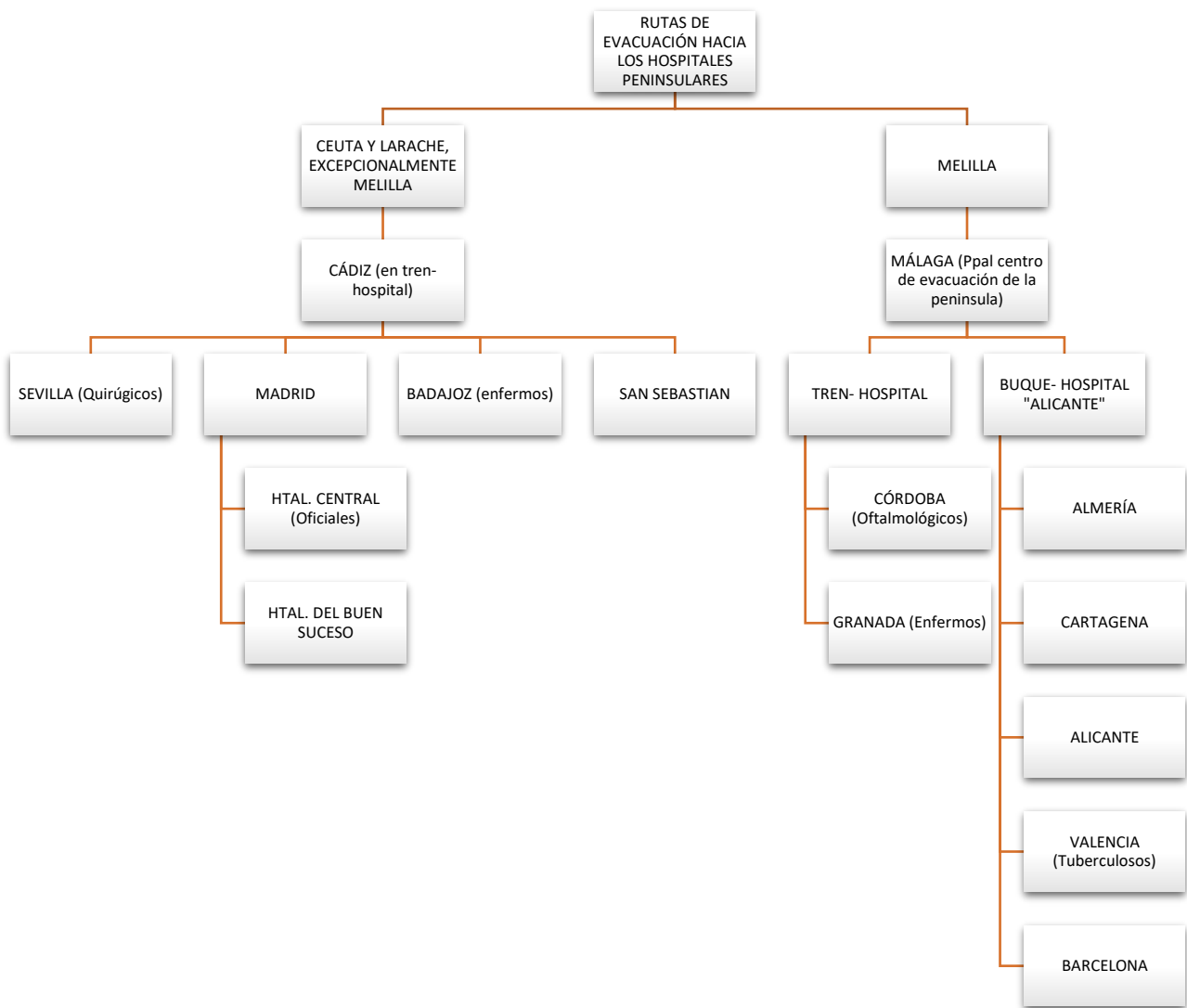
1924, de las cuales una de ellas es que comienzan a elaborar sus propios inyectables dejando de depender, en parte de la farmacia del Hospital Central de Madrid.

Según López Vallecillo¹⁵, la estructura general de los hospitales de la CRE en Marruecos es la siguiente: Quirófano, sala de curas, sala de Rayos X, farmacia, laboratorio, cocina, despensa, biblioteca de convalecientes, jardines y capilla.

Además de los centros habilitados en Melilla, la CRE a través de la Duquesa de la Victoria instaló hospitales de cierta envergadura en Larache, Tetuán y Cala Bonita, además de pequeños centros en Ceuta y Arcila^{10,15}. Estos centros servían de auxiliares a los existentes en Melilla ya que atendían a parte de los soldados heridos y enfermos en la contienda.

Mientras que en Marruecos las enfermeras de la CRE se coordinaban con los sanitarios militares, en la Península los hospitales de la CRE se organizaron priorizando la atención de los soldados heridos en la contienda, sin dejar atrás a los civiles necesitados de cuidados sanitarios. Para el traslado de heridos de la guerra se utilizaban los trenes- hospital y buques- hospital donde iban las DE para la atención de los heridos durante el trayecto^{10,15,16,17}.

En el siguiente esquema, se presentan las rutas de evacuación de soldados heridos más frecuentes, que conectan a los hospitales africanos con los peninsulares.



Esquema 1. Rutas de evacuación hacia los hospitales peninsulares.
Fuente: Elaboración propia.

Los hospitales peninsulares estaban organizados gracias a la RO circular de regulación del servicio sanitario a los soldados evacuados de septiembre de 1921. Según este documento los hospitales dedicados al cuidado de enfermos eran los de Badajoz, Cartagena, Alicante, Almería y Granada, y los de Valencia, que se dedicaba también al cuidado de los tuberculosos; y Córdoba, que además estaba especializado en oftalmología. El hospital de Sevilla era la base quirúrgica de la red peninsular. Los centros especializados de la red, además del cordobés y valenciano, eran el de Málaga (especializado en traumatología: lesiones articulares y fracturas) y el de Madrid, (otorrinolaringología y prótesis maxilofacial)¹⁰.

Debido al aumento de volumen de pacientes en los hospitales peninsulares vieron necesaria la ampliación del espacio y del número de camas. Según Mas Espejo¹⁰

el Hospital Central, sito en Madrid, a consecuencia del Desastre de Annual sufrió cambios considerables. El pabellón denominado “de los Distinguidos”, el cual constaba de camas de pago, se transformó en un pabellón para oficiales heridos y, pasó a llamarse “de María Teresa”. Esto, junto con la continua demanda de camas de pago, hizo que la junta del hospital adquiriese un hotel y que lo convirtieran en un centro quirúrgico. El Sanatorio de Victoria Eugenia, como se le llamó, empezó a funcionar en junio de 1922 y constaba con 6 camas. En 1924 se aumentan en 10 camas más para “casos extraordinarios” y, otras 10 más para “enfermos de pago”. Según Solórzano Sánchez¹⁷, en el Hospital de María Cristina, ubicado en San Sebastián, se sucedieron una serie de ampliaciones para albergar un gran número de oficiales trasladados en trenes hospital, coches y ambulancias desde Melilla, además de la ampliación de la farmacia, la cual, además de hacer

autoabastecimiento, producía y repartía medicación para hospitales peninsulares y africanos como los de Melilla y Larache. También agrandaron el dispensario, dedicado a la atención de civiles sin recursos. Estos son solo dos ejemplos, pero como podemos ver la delegación peninsular se volcó en el apoyo de sus homólogos destinados en África. El trabajo conjunto de las delegaciones de la CRE hizo que el impacto de las pérdidas humanas se atenuase un poco más y que la carga de trabajo que sufrieron los hospitales norteafricanos no fuese tanta de no soportarse.

Por lo otro lado, el CSM se organizó en lo que Pastor Candela²¹ llamó en su artículo formaciones sanitarias. El autor describe las formaciones sanitarias refiriéndose a la de la zona oriental del protectorado, siendo los hospitales permanentes los de Melilla y Targuist. Estas se dividían en formaciones permanentes y el grupo móvil, presentados ambos en la siguiente tabla:

	FORMACIÓN SANITARIA PERMANENTE	GRUPO MÓVIL
ZONA AVANZADA	Puesto de socorro de batallón ^{viii}	Puesto de socorro de batallón
	Puesto de curación o socorro de regimiento ^{ix}	-
	Puesto de socorro divisionario ^x	Puesto de socorro del grupo móvil. Ambulancia de montaña
	Escalón sanitario cuerpo de ejército ^{xi}	Columna de evacuación
ZONA DE RETAGUARDIA	Hospital de evacuación	Hospital de evacuación
	Sección de hospitales de reserva en campaña	-
	Enfermería de estación. Gestionados por CRE	-
	Hospitales permanentes de la zona de etapa (civiles y militares)	-
	Depósitos de débiles y convalecientes ^{xii}	Depósitos de débiles y convalecientes
	Hospitales de repartición	Hospitales de repartición

Tabla 3. Formaciones sanitarias de la SM.
Fuente: Elaboración propia.

Como aclara Pastor Candela²¹ en su artículo, dentro de las formaciones sanitarias hacían parte los integrantes de asociaciones benéficas como CRE los cuales gestionaban las enfermerías de estación, pero no solo actuaban a este nivel. Como describe Mas Espejo⁸ en su tesis doctoral, el CDE trabajaba bajo el mando de la medicina militar tanto en el frente de batalla como en sus ambulancias y hospitales. Es importante conocer estas formaciones sanitarias para describir el flujo que seguía el herido desde la línea de fuego hasta los hospitales de destino. Cada uno de estos escalones tenía designada una función clara tanto en las formaciones permanentes como en el grupo móvil. En la tabla 3 se muestran tanto los escalones que se seguían a través de las formaciones sanitarias permanentes del ejército regular como los que se seguían en los grupos móviles y las diferencias entre estos dos grupos de formaciones.

La primera diferencia notable es que los escalones tanto de una como de otra no son los mismos. El grupo móvil no cuenta con puesto de socorro regimental, ni con puesto de socorro divisionario, por lo que el puesto de socorro de batallón añade a sus funciones las de estos dos puestos. El puesto de socorro del grupo móvil está compuesto por una ambulancia de montaña que está en constante movimiento y que no tiene grupo de desinfección. Tampoco cuenta con el escalón sanitario del cuerpo del ejército, es decir, no hay hospital de campaña al que llevar al herido, si no que este pasa directamente a una columna de evacuación formada por una sección de autoambulancias.

Un punto destacable con respecto a la evacuación que se señala en el artículo de Pastor Candela²² es que la evacuación debe ser rápida y cómoda para el enfermo además de coordinada. Esto se debe a que un transporte

en el que no se extremen los cuidados del enfermo supondría un perjuicio para el mismo, aumentando el riesgo de agravamiento de las lesiones e incluso poder provocarle la muerte inminente.

En cuanto a la zona de retaguardia, las diferencias destacables son la ausencia en el grupo móvil de enfermería de estación y de los hospitales permanente de zona de etapa. En este caso, los heridos iban directamente a los hospitales de evacuación y repartición.

En este artículo de Pastor Candela²² se habla también de la plantilla de reserva de personal sanitario, la cual era elegida por el General del Ejército aconsejado por el jefe de Sanidad y estaba compuesta por:

- 1er escalón: que serviría para cubrir a los hospitales de evacuación.
- 2do escalón: que serviría para cubrir los hospitales de repartición.

Y de la reserva de material sanitario que se encontraba en el Parque de Sanidad Militar, que en el ejemplo que ilustra el autor se encuentra en Melilla. En este parque se realizaba también la reconstrucción del material roto durante el servicio.

Como se ha hecho referencia anteriormente, la colaboración entre la SM y la CRE no termina en este evento tan desgraciado, sino que continua hasta que en mayo de 1926 Abd El- Krim se rinde ante el ejército francés y se van venciendo las resistencias de las diferentes tribus durante el siguiente año, 1927⁴. Dentro de este periodo ocurre el Desembarco de Alhucemas donde, esta vez sí, el ejército español y francés, se llevaron una victoria. La duquesa de la Victoria, como inspectora de los hospitales de la CRE en Marruecos, se persona en la zona para idear un hospital que cumpla con los requerimientos para una primera atención de los heridos y enfermos. Es así como se instala en 1925 el Hospital de Cala Bonita, en una zona alta (el monte Malmusi), fuera del acceso del fuego enemigo, pero cerca del terreno de batalla 10. Este hospital de evacuación constaba aproximadamente con 250- 300 camas. Los soldados eran evacuados en hidroaviones hacia los centros de la CRE en Melilla¹⁵.

Tras la resolución del conflicto algunos de los hospitales militares que erigió la CRE se convirtieron en hospitales para civiles, pasando a dar servicio a la población local. Algunos de ellos, funcionando hasta hace pocos años atrás, como el Hospital del Grupo Escolar que cesó su actividad al inicio de los años 90²⁰. La prestación de servicios a la población de la zona se hizo a cambio de

que la CRE se quedara permanentemente con los edificios¹⁰.

Fortalezas y Limitaciones

Dos puntos importantes a la hora de la redacción de un estudio son las fortalezas y limitaciones, las cuales se plasman en las siguientes líneas.

Las limitaciones de este estudio son las siguientes:

- No existe mucha documentación en otros idiomas por lo que se limita a investigación al habla hispana.
- Existe poca información sobre el cuerpo de sanidad militar. La información obtenida proviene de fuentes primarias.
- El enfoque cuantitativo es complejo, sería necesaria la realización de una revisión sistemática sobre el tema para aportar a la literatura científica.

Las fortalezas del estudio son las siguientes:

- Esta investigación es un buen punto de partida para el estudio del Cuerpo de Sanidad Militar, más concretamente de las Brigadas Sanitarias del Ejército Español.
- Todo el manuscrito visibiliza el papel de la mujer en el desarrollo de la profesión de Enfermería en España en una época marcada por un papel protagonista del hombre en el mundo laboral.

Información recopilada

La Guerra del Rif supuso, de manera directa e indirecta, uno de los elementos que impulsó el desarrollo de la enfermería española moderna.

El papel de CDE, CEP y de las Hijas de la Caridad de San Vicente Paul fue fundamental para la recuperación de muchísimos soldados participantes en la Guerra del Rif y para los civiles de la zona del Protectorado español en Marruecos, ya que las infraestructuras sanitarias no solo estaban destinados a los primeros, sino que también servían a la población civil con menos recursos.

El nacimiento de los cuerpos de enfermeras de la CRE dio lugar a un cambio social importante, la incursión de la mujer en el mundo laboral. Además de introducir los cuidados no solo como acción caritativa, sino como el eje principal de una nueva profesión.

No es la primera vez que la Sanidad Militar y Cruz Roja Española colaboraban en el rescate de heridos de guerra, pero sí era la primera vez que el papel de la mujer española tuvo gran relevancia en esta labor.

Las condiciones adversas (la falta de agua, de material, uniformidad de los soldados, alimento, cobijo, picaduras de insectos unidos a una climatología extrema) ayudaron a la propagación de enfermedades infectocontagiosas entre los implicados en el conflicto.

A pesar de las condiciones higiénico-sanitarias adversas debemos tener en cuenta las mejoras que se introdujeron gracias al trabajo conjunto de estos profesionales sanitarios y, de la importantísima aportación de CRE en la mejora de las infraestructuras sanitarias preexistentes y en la construcción de otras tantas nuevas.

A nivel educativo, tanto el CDE como las Hijas de la Caridad hicieron una gran labor de promoción primaria, ya que dieron importancia a la enseñanza de la higiene entre la población general (madres e hijos en edad escolar), reduciéndose así la incidencia de algunas enfermedades muy extendidas como el paludismo, la disentería, la tuberculosis y la viruela.

Bibliografía

- González Yanes J. Sanitarios militares en el Rif: un enfermero y tres médicos laureados por gestos heroicos. *EGLE*. 2015;2(3):19-31. Disponible en: <https://www.revistaegle.com/index.php/eglerev/article/view/34> [Consultado 21-11-2021]
- Sueiro Seoane S. El Protectorado español en Marruecos desde su instauración hasta el final de la Guerra del Rif en el contexto internacional. En: Alvarado Planas J, Domínguez Nafría JC (Dirs.). *La Administración del Protectorado Español en Marruecos*. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 2014. p. 23-41. Disponible en: https://www.boe.es/biblioteca_juridica/abrir_pdf.php?id=PUB-DH-2014-18 [Consultado 19-12-2021]
- Campos Martínez JM. *Abd el Krim y el Protectorado*. Málaga: Algazara; 2000. Capítulo 1: Breve Historia Militar del Protectorado. p 21-35.
- Martínez-Antonio FJ. *Estado de Necesidad: la Cruz Roja española en Marruecos, 1886-1927*. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2016;23(3):867-86. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000300008>
- Serrano Saénz de Tejada G. *De la guerra de Marruecos y el combate que no debió ser*. Madrid: Ministerio de Defensa; 2013. Disponible en: <https://publicaciones.defensa.gob.es/de-la-guerra-de-marruecos-y-el-combate-que-no-debio-ser.html> [Consultado 23-04-2022]
- Montagut E. Los límites del regeneracionismo. En: *Periodismo Alternativo*. 14 de septiembre de 2017. Disponible en: <https://nuevarevolucion.es/historia-los-limites-del-regeneracionismo-espana/> [Consultado 20-04-2022]
- Abdelkader AEB. Algunos aspectos de la acción sanitaria durante el Protectorado de España en Marruecos. *Aldaba*. 2014;39:175-205. <https://doi.org/10.5944/aldaba.39.2014>
- Crende J. *Cómo practican la medicina los moros en el siglo XX*. Bilbao: Echeguren y Zulaica; 1923.
- Hakim MIA. *La sanidad española en Marruecos*. *Cuad Estudios Africanos*. 1953;22:33-50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2494513> [Consultado 03-12-2021]
- Mas Espejo M. *El Cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja Española: formación y contribución a la labor cuidadora y social*. [Tesis]. Alicante: Universidad de Alicante; 2016. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10045/62388> [Consultado 20-11-2021]
- Martínez-Antonio FJ. *La Cruz Roja en la Guerra del Rif (1921-1926): Ensayo bibliográfico*. REIM. 2009;(7). <https://doi.org/10.15366/reim2009.7.001>
- Campos Díez MS. *Organización Sanitaria en el Protectorado Español de Marruecos*. En: Alvarado Planas J, Domínguez Nafría JC (Dirs.). *La Administración del Protectorado Español en Marruecos*. Madrid: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 2014. p. 231-51. Disponible en: https://www.boe.es/biblioteca_juridica/abrir_pdf.php?id=PUB-DH-2014-18 [Consultado 22-11-2021]
- Universidad de Jaén. *¿Qué tipo de trabajo quiere realizar para su Trabajo de Fin de Grado?* Jaén: Universidad de Jaén; [Fecha desconocida]. Revisión Narrativa; [Fecha desconocida]. Disponible en: http://www.ujaen.es/investiga/tics_tfg/revi_narrativa.html [Consultado 12-05-2022]
- Zillmer JGV y Diaz- Medina BA. Revisión narrativa: elementos que la constituyen y sus potencialidades. *J Nurs Health*. 2018;8(1):e188101. <https://doi.org/10.15210/jonah.v8i1.13654>
- López Vallecillo M. *Presencia social e imagen pública de las Enfermeras en el siglo XX (1915-1940)* [Tesis]. Valladolid: Repositorio Documental de la Universidad de Valladolid (UVadoc); 2016. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/16513> [Consultado 20-11-2021]
- Lorenzo López del Corral L. *Papel de la reina Victoria Eugenia de Battenberg en la profesionalización de la enfermería en España*

- [Trabajo de Fin de Grado] Valladolid: Repositorio Documental de la Universidad de Valladolid (UVadoc); 2020. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/42008> [Consultado 20-11-2021]
17. Solórzano Sánchez M. El hospital de María Cristina de San Sebastián. Escuela de Damas Enfermeras de la Cruz Roja de San Sebastián (I). EGGLE. 2017;4(7):23-64. Disponible en: <http://revistaegle.com/index.php/eglerev/issue/view/16/> [Consultado 21-11-2021]
 18. España. Ministerio de la Guerra. Reglamento para el Servicio Sanitario de Campaña: aprobado por Real Orden de 1º de julio de 1896. Madrid: Imprenta y Litografía del Depósito de la Guerra; 1896. Disponible en: <https://bibliotecavirtual.defensa.gob.es/BVMDefensa/es/consulta/registro.do?control=BMDB20140001996> [Consultado 22-04-2022]
 19. Pereira Pinilla MJ. El Desastre de Annual: su repercusión a nivel sanitario. Not Enferm. 2010;76:42-9. Disponible en: <https://www.ocez.net/archivos/revista/89-76.pdf> [Consultado 20-11-2021]
 20. Fundación Melilla Ciudad Monumental. Melilla: Fundación Melilla Ciudad Monumental; 2019. Conociendo nuestro patrimonio, Hospital de la Cruz Roja (I); 22 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://melillamonumental.es/conociendo-nuestro-patrimonio-hospital-de-la-cruz-roja-i/> [Consultado 05-04-2022]
 21. Pastor Candela J. Formaciones Sanitarias en Marruecos a partir del escalón batallón, unidad similar (I). Rev Sanid Mil. 1933;XXIII(1):7-14. Disponible en: https://bibliotecavirtual.defensa.gob.es/BVMDefensa/es/publicaciones/numeros_por_mes.do?idPublicacion=190&anyo=1933 [Consultado 29-03-2022]
 22. Pastor Candela J. Formaciones Sanitarias en Marruecos a partir del escalón batallón, unidad similar (II). Rev Sanid Mil. 1933; XXIII(2):34-42. Disponible en: https://bibliotecavirtual.defensa.gob.es/BVMDefensa/es/publicaciones/numeros_por_mes.do?anyo=1933&idPublicacion=190 [Consultado 29-03-2022]
 23. Comisión Internacional de límites de Marruecos. Sección Española. Escala 1:500.000. [Madrid]: Talleres del Servicio Geográfico del Ejército; 1951. Disponible en: <https://bibliotecavirtual.defensa.gob.es/BVMDefensa/en/consulta/registro.do?id=149998> [Consultado 1-04-2022]

Anexos

Anexo I

Mapa del protectorado español en Marruecos (1932). Comisión Internacional de límites de Marruecos. Sección Española. Escala 1:500.000.



Fuente: Biblioteca Virtual de Defensa (BVD), recuperado de:

https://bibliotecavirtual.defensa.gob.es/BVMDefensa/es/consulta/resultados_busqueda_restringida.do?posicion=115&tipoResultados=BIB&presentacion=mosaico&id=45128&forma=ficha

Anexo II

Fotografía de la fachada del Hospital de la Cruz Roja en Melilla, Grupo Escolar.



Fuente: Fundación Melilla Ciudad Monumental, recuperado de:
<https://melillamonumental.es/conociendo-nuestro-patrimonio-hospital-de-la-cruz-roja-i/>

NOTAS AL FINAL

ⁱ Los tratados que definen la situación del protectorado de Marruecos por Francia y España son los siguientes: Tratado de Tetuán (1886), tratado de Madrid (1880), Entente Cordiale (1904), convenio de Algeciras (1906) y tratado de Fez (1912).

ⁱⁱ Según Serrano Sáenz de Tejada⁵ el término *cabila* o *Kabila* hace referencia a las tribus existentes en las montañas del Rif.

ⁱⁱⁱ El movimiento Regeneracionista pretendía una “regeneración” de la vida política y económica del país ya que pensaba que el modelo de la Restauración estaba obsoleto y corrupto. Se dio a finales del siglo XIX y principio del XX⁶.

^{iv} Las Hijas de la Caridad son una congregación ligada al cuidado de los enfermos como acción caritativa principal. Organizaban la distribución del trabajo en los hospitales, la asistencia a los enfermos y la contratación del personal hospitalario¹⁶. En los años en los que se encuadra el trabajo muchas de ellas estaban formadas en enfermería en las escuelas de la CRE, perteneciendo al CDE o al CEP¹⁰.

^v Periodo entre dos guerras mundiales y muy próximo al comienzo de la Guerra Civil Española.

^{vi} Por la pérdida de las últimas colonias de ultramar, necesidad de reafirmación como potencia ante el resto de los países europeos para desviar la atención de la problemática situación política interna, desigualdades económicas y sociales en la Península, etc.

^{vii} "Carmen Angoloti y Mesa (1875- 1959) nace y muere en Madrid, tras una vida fructífera y llena de inquietudes dedicada a la enfermería. Estrecha colaboradora de la reina Victoria Eugenia en la fundación de la red hospitalaria de la Cruz Roja Española, impulsora de los estudios y escuelas de enfermeras de dicha entidad"¹⁹. "En 1917 inicia los estudios de Dama Enfermera en la segunda promoción de la escuela madrileña. Tras su titulación, presta servicio en el Hospital San José y Santa Adela, siendo nombrada además presidenta de la junta de este"¹⁰. Se la considera como la Florence Nightingale española porque su labor supuso un gran impulso para enfermería española.

^{viii} En la misma línea de fuego. Consta de: oficial médico, soldados practicantes con bolsas de socorro, compañía, camilleros con camillas y mochilas de curación.

^{ix} El puesto de curación estaba protegido del fuego enemigo y lo formaban el mejor médico del regimiento,

ayudantes de los batallones (los que necesite este médico) y los camilleros.

^x El puesto de socorro divisionario estaba formado por la ambulancia compuesta por secciones mixtas, columnas de evacuación y grupo de desinfección²¹.

^{xi} El escalón sanitario del cuerpo del ejército estaba compuesto por un hospital de campaña con camas divisibles en 3 (600 camas), una columna de evacuación y una sección de ambulancia. Además, estaba equipado con un gran arsenal quirúrgico, un quirófano, material de esterilización y un gabinete radiológico²¹.

^{xii} Los depósitos de débiles y convalecientes se dedicaban al cuidado de los enfermos que tenían un pronóstico de recuperación rápida.

^{xiii} Las funciones asignadas al puesto de socorro de batallón del grupo móvil son las siguientes: atención de la primera cura, reducción de fracturas, verificación de intervenciones de primera urgencia, evacuación y 1ª selección de heridos. En el ejército regular se clasificaban en transportables y no transportables, pero en el grupo móvil se clasificaban en los que andaban y los que necesitaban un medio de locomoción porque el grupo estaba siempre en movimiento²².

^{xiv} Una ambulancia de montaña estaba compuesta por 2 tiendas cónicas que se utilizaban para proteger a los sanitarios en la atención a los heridos. El material que poseían mayoritariamente era de evacuación, aunque también tenían un poco de material para la realización de las curas más urgentes. Esta prestaba atención durante el combate y la marcha²².

^{xv} El grupo móvil no posee grupo de desinfección por estar siempre en movimiento. Si se quedan más tiempo en una posición se les envía los materiales de desinfección que necesiten²¹.

^{xvi} “debe ser el médico el único con autoridad y responsabilidad para indicar formas de evacuación, velocidad de la evacuación y los altos durante la evacuación”²².

^{xvii} La enfermería de estación se encargaba de recibir y cuidar heridos que han empeorado su estado de salud y, por ello, no pueden ser transportados. Al mando de la CRE²².

^{xviii} Los hospitales permanentes de zona de etapa son los hospitales civiles y militares que se encuentran dentro de la zona de etapa. Suelen ser hospitales civiles cedidos a la SM para la atención de los soldados heridos y enfermos en la batalla producida en la zona que no caben en las otras formaciones hospitalarias existentes²¹.

^{xix} Los hospitales de evacuación se dedican a recibir, clasificar hospitalizados y evacuar según la importancia de los heridos (escalafón militar al que pertenecen), a estos de la zona avanzada y hospitales de campaña. Normalmente se encontraban cerca de una estación de ferrocarril para facilitar el transporte de heridos en los trenes hospital. La evacuación se realizaba hacia los hospitales de repartición, hospitales permanentes o temporales de la zona de etapa o a los hospitales de débiles y convalecientes.

^{xx} “Los hospitales de repartición se establecerán en las estaciones reguladoras. Reciben heridos y enfermos de todas las anteriores formaciones sanitarias, clasificando los que deben quedarse en él o que deben pasar a los hospitales del anterior”²¹.