

MEDICINA OPERACIONAL

Por

Alfonso LOPEZ Mc Cabe

Capitán de navío SN., Armada de Chile

ASPECTOS GENERALES



eniendo presente que los oficiales de sanidad de la Armada, a su ingreso a la Institución, desconocen por razones

obvias las normas que rigen las funciones de los servicios médicos en el curso de una operación de tipo militar, hemos considerado útil plantear en este trabajo algunos conceptos generales relativos a la guerra y exponer al mismo tiempo aquellos principios de Medicina Operacional, que constituyen a nuestro juicio, la información mínima que dichos profesionales deben poseer, respecto a esa materia.

En primer término, es necesario recordar, como la experiencia histórica de nuestra patria nos ha enseñado, que los mejores deseos y los mayores esfuerzos de su pueblo y sus gobernantes, para mantener el estado de paz que todos anhelamos, no siempre fueron suficientes, ni rindieron los efectos esperados. La guerra, por extraño que parezca a nuestra idiosincrasia, es una eventualidad que debe tenerse presente y para lo cual es indispensable estar adecuadamente pre-

parados para afrontarla con éxito, si no queremos exponer peligrosamente la integridad del territorio del país, el patrimonio y la vida de sus habitantes y el normal desarrollo de todas las actividades nacionales.

Como oficiales de sanidad de una institución armada, tenemos la obligación de conocer todo cuanto se refiere a las funciones que les corresponde cumplir a los servicios médicos en el curso de una operación de guerra y el deber de adquirir la conciencia de que el éxito o el fracaso de las acciones militares dependerán, en gran medida, de la efectividad de nuestros esfuerzos, dirigidos a conservar el potencial humano confiado a nuestro cuidado.

Es importante que estemos familiarizados con las doctrinas, métodos y terminología en uso en los servicios médicos de las Fuerzas Armadas de otros países y particularmente de aquellos que, por su experiencia militar y por su desarrollo científico y tecnológico, han logrado alcanzar una más completa y perfecta organización para la guerra.

Debemos tener presente que la medicina militar, incluyendo en este término

la medicina naval, es una rama de las ciencias médicoquirúrgicas que cumple sus acciones de salud en situaciones totalmente diferentes a las de la práctica civil y las ejerce en condiciones extremadamente adversas, donde muchas veces es necesario relegar la atención del individuo, frente a la conveniencia colectiva de las fuerzas empeñadas en combate o ante las exigencias imperiosas de una situación táctica determinada.

Sólo un perfecto entrenamiento previo del personal sanitario, un adecuado adoc-trinamiento de quienes participan en estas acciones y un planeamiento inteligente y anticipado de lo que se va a realizar durante las operaciones militares, permitirán que el médico y el grupo que actúa a sus órdenes, puedan salvar con éxito los obstáculos que normalmente encontrarán en el cumplimiento de sus deberes.

Las ideas expresadas y las que se exponen en seguida, van dirigidas a los médicos, dentistas y farmacéuticos que recién se incorporan a la Armada y quienes, por el mismo motivo, no han tenido todavía la oportunidad de pasar por las aulas de la Academia de Guerra Naval o de otros institutos superiores de la Defensa Nacional, en los cuales durante su carrera en la Institución, tendrán ocasión de interiorizarse debidamente, respecto a temas de tanta trascendencia para la especialidad profesional que han elegido.

Antes de entrar en materia, consideramos necesario fijar el lugar que corresponde a los servicios médicos en el complejo mecanismo de la organización militar, establecer la misión que ellos deben cumplir y definir los métodos que tienen que aplicar para que su desempeño sea positivamente efectivo.

La guerra dejó hace mucho tiempo de ser una improvisación y se ha transformado en una ciencia en la más amplia acepción de esta palabra, constituida por tres ramas básicas: la estrategia, la táctica y la logística, cada una de las cuales cumple funciones, que aunque específicamente diferentes, confluyen en la obtención del objetivo final de las operaciones militares.

Sin el ánimo de entrar en definiciones, que rebasarían el propósito de esta exposición y solamente repitiendo conceptos clásicos sobre estas materias, diremos que mientras la estrategia y la táctica proporcionan los planes y procedimientos para la conducción de las operaciones bélicas, la logística entrega los medios necesarios para que estos planes y procedimientos puedan ser llevados a su realización.

Entre los medios que aporta la logística para el desarrollo de las operaciones militares, están los servicios médicos, que junto con los de abastecimiento, mantención y reparaciones, salvamento, transporte y personal, forman los denominados Elementos Logísticos Funcionales, que todo mando operativo tiene en vista, cuando planifica una acción militar, con las variantes correspondientes, según sea el nivel en que actúa o la magnitud, complejidad y naturaleza de las operaciones a emprenderse.

Precisada de esta manera la ubicación de los servicios médicos dentro de la organización de los planes de guerra, corresponde establecer la misión que ellos deben cumplir en el desarrollo de las operaciones militares.

Resumidamente, puede decirse que dicha misión consiste en conservar al personal confiado a su cuidado, en las mejores condiciones de eficiencia posibles, para que durante las acciones operativas pueda desarrollar el máximo de su potencialidad física y mental.

La misión de los servicios médicos de las Fuerzas Armadas es cumplida a través de tres diferentes acciones: selección, medicina preventiva y rehabilitación.

1. SELECCION

La selección implica la formulación de standards físicos y mentales para la aceptación del personal que se incorpora a una institución armada; la calificación individual de los candidatos al ingreso, según sus aptitudes para determinadas actividades, y finalmente, la eliminación de aquellos elementos que durante su permanencia en la institución caen por de-

bajo de los standards físicos o síquicos considerados convenientes para su normal desempeño en el servicio.

Como podrá apreciarse, desde el punto de vista institucional, la selección del personal es una labor de alta responsabilidad, que debe ser llevada a cabo con el mayor celo profesional y escrupulosidad, dada la enorme transcendencia que ella encierra.

Comienzan con el ingreso del individuo y tiene que ser seguida durante todo el tiempo que éste permanece en la institución armada, debiendo tenerse en cuenta, como se ha dicho anteriormente, no sólo los factores físicos, habitualmente fáciles de pesquisar, sino especialmente los síquicos, que por sus caracteres pueden pasar inadvertidos en un examen médico de masas, siendo justamente éstos, los que llegan a originar los mayores problemas en el momento de las acciones y del cumplimiento de los deberes militares.

No entraremos a detallar los métodos de selección más apropiados, pues en ese aspecto, nuestras instituciones armadas tienen una reglamentación cuidadosamente estudiada y periódicamente actualizada y con un excelente rendimiento.

2. MEDICINA PREVENTIVA

La medicina preventiva está constituida por el segundo grupo de medidas que contribuyen al cumplimiento de la misión de los servicios médicos de una institución armada y comprende todas aquellas acciones médicas necesarias para mantener a las dotaciones en servicio, en las mejores condiciones posibles de salud física y mental.

Dichas medidas comprenden un campo extraordinariamente extenso, que con criterio puramente expositivo, hemos creído conveniente resumir en tres rubros: control de las enfermedades infecto-contagiosas; mantención de standards apropiados de saneamiento ambiental, higiene personal y seguridad laboral, y siquiatria preventiva.

2.1. El control de las enfermedades infecto-contagiosas comprende el examen clínico, radiológico y de laborato-

rio de todos los individuos integrantes de la institución, practicados anualmente o con un ritmo más frecuente, cuando la situación lo haga necesario; la aplicación de los diferentes procedimientos de inmunización colectiva y la fijación de la oportunidad y la periodicidad con que deben ser empleados; la disposición de medidas de aislamiento o cuarentena para evitar la propagación de enfermedades de carácter epidémico, el control profiláctico y epidemiológico de las enfermedades venéreas; los procedimientos para la eliminación de insectos, roedores y otros vectores de enfermedades; la indicación de medidas para la purificación del agua de bebida, además de muchas otras acciones destinadas a cumplir los mismos objetivos, que sería largo enumerar.

2.2. El mantenimiento de standards apropiados de saneamiento ambiental, higiene personal y seguridad laboral, incluye la dictación de normas y disposiciones sobre higiene de cuadras y entrepuentes; aireación, iluminación y humectación; selección de emplazamientos para campamentos; aspectos médicos relacionados con el clima y la geografía de la región; protección contra lesiones o afecciones producidas por el frío, el calor o la deshidratación; picadura de insectos o mordeduras de reptiles; tipos de vestimentas de acuerdo con las condiciones meteorológicas; estudio de las raciones alimenticias en cuanto a su composición, valor calórico y presentación; abastecimiento de agua de bebida, aseo personal y para otras necesidades en cantidad y calidad convenientes; medidas de seguridad en el trabajo; ubicación de instalaciones sanitarias, etc.

2.3. La siquiatria preventiva se encarga de la prevención de la salud mental de la tropa o marinería y las medidas conducentes a lograr su objetivo deben aplicarse activamente, por estar dirigidas a la atención de un grupo humano permanentemente expuesto a las tensiones emocionales propias de las acciones que se ven obligados a desarrollar.

Dichas situaciones pueden fácilmente desencadenar cuadros sicopáticos graves que es imperioso prevenir, por la re-

percusión que ellos suelen tener sobre el estado anímico del resto de la tropa o dotación.

Por esta circunstancia, es absolutamente necesario evitar el ingreso o permanencia de individuos portadores de una personalidad neuropática en el seno de las instituciones armadas, en virtud que son justamente ellos, quienes provocan los mayores problemas para el servicio médico y para el mando militar, cuando llega el momento de las acciones y del cumplimiento de los deberes disciplinarios.

Frente a esta evidencia, sobradamente comprobada, el médico que actúa en siquiatría preventiva debe agotar los medios de investigación que tiene a su alcance, para indagar desde el punto de vista clínico y especialmente desde el psicológico, todo cuadro sicopático y fallas de carácter o de personalidad, que puedan operar desfavorablemente en el desempeño del individuo en el servicio, tanto en períodos normales como en momentos de crisis, en que necesita de toda su capacidad de dominio personal y potencialidad física y mental.

Antes de terminar lo referente a este segundo grupo de funciones de los servicios médicos, creemos necesario precisar que lo expresado anteriormente se refiere a la medicina preventiva de tipo militar.

En nuestro país, por disposiciones legales especiales que, con algunas variantes, incluyen a instituciones civiles y de las Fuerzas Armadas, el concepto de medicina preventiva es más amplio y sus acciones están dirigidas principalmente a la detección precoz de las enfermedades cardiovasculares, de la tuberculosis y del cáncer, con miras a un tratamiento oportuno, que permita conseguir la recuperación de los afectados, a quienes, por otra parte, se les otorgan beneficios económicos y previsionales de carácter extraordinario.

3. REHABILITACION

La rehabilitación es finalmente la función que dentro de la misión de los servicios médicos tiene por objeto, reponer el potencial humano cuya efectividad se

ha perdido o visto disminuido, como consecuencia de las contingencias propias de la guerra.

Se ejecuta a través de tres fases: la evacuación de enfermos y heridos; la hospitalización y tratamiento de ellos, y la utilización militar de los recuperables.

3.1. La evacuación de enfermos y heridos es el proceso de su traslado desde el punto en que se produce su baja, a través de sucesivas instalaciones médicas, hasta hacerlos llegar al sitio donde serán tratados definitivamente.

Esta definición encierra el concepto básico de la atención médica en el curso de una acción de guerra, aplicable tanto para las fuerzas terrestres como para las navales empeñadas en una operación militar y consiste en que debe proveerse en escalones sucesivos, cada uno de los cuales cumpla una función específica, sin ir más allá de las responsabilidades sanitarias asignadas a cada uno de ellos.

Llevar a cabo el procedimiento correcto en el tiempo apropiado y en la facilidad que corresponda, es una regla inviolable en medicina militar.

En el primer escalón de atención médica, el enfermero entrenado aplica los primeros auxilios y transporta o encamina al herido hacia el puesto de primeros auxilios o enfermería de combate, en la cual el afectado es examinado por el oficial médico a cargo, cuya misión en ese nivel se reduce a dar ayuda de emergencia esencial y a preparar al herido para su traslado al puesto sanitario de la unidad o enfermería principal del buque.

En el segundo escalón de atención médica, ésta es dispensada, como se ha dicho, en una dependencia sanitaria que corresponde al puesto sanitario de la unidad o enfermería de combate, según el caso, que cumple las funciones de puesto de clasificación, lugar donde los heridos son examinados y sus lesiones y estado general evaluados, determinándose, según la apreciación que haga el médico a cargo, respecto a su evacuación del buque o unidad terrestre hacia instalaciones a flote o de tierra con mayores facilidades médicas, que puedan corres-

ponder según el caso a un buque hospital o a un hospital de campaña.

Durante la permanencia del afectado en el puesto de clasificación, se continúa la atención médica básica y si es necesario, se instituyen medidas adicionales de emergencia, que por ningún motivo deben sobrepasar los requerimientos inmediatos del herido, tendientes a la mantención en sus condiciones vitales hasta el momento de su traslado.

En el tercer escalón de atención médica, el herido es tratado en una instalación médica a flote o de tierra, que dispone del personal y del equipo adecuado para entregar la terapéutica quirúrgica inicial y tomar las medidas indicadas para el pre y post operatorio del paciente.

Aquellos heridos cuya condición no les permite ser transportados, reciben el tratamiento quirúrgico que corresponde y aquéllos cuyas heridas permiten su transportación, son trasladados al cuarto escalón de atención, que está constituido por el hospital de evacuación, ubicado fuera del campo de las acciones militares, pero dentro del Teatro de Operaciones.

En el cuarto escalón de atención médica, que como se ha señalado corresponde a un hospital de evacuación, que posee las facilidades de un hospital general situado fuera del área de combate, pero dentro del Teatro de Operaciones, se dispone de personal especializado y equipo suficiente para realizar tratamientos quirúrgicos definitivos. Allí se decide si cumplidas las indicaciones terapéuticas y una vez recuperado el herido, estaría en situación de volver a sus deberes militares o si dicha recuperación no podrá ser alcanzada en el período de tiempo establecido por la política de evacuación del Teatro de Operaciones en que se actúa, caso este último, en que el afectado deberá ser evacuado a un hospital de la zona del interior, para ser sometido a los tratamientos reparadores o de rehabilitación que sean necesarios.

El conjunto de instalaciones médicas que debe atravesar el herido antes de llegar al lugar donde será tratado definitivamente, constituye la denominada "cadena de evacuación", dependiendo

de su mayor o menor longitud el número de elementos y de personal de que será necesario disponer para integrar su funcionamiento.

Cuando se está operando contra una fuerte resistencia enemiga, se estima que un veinte o más por ciento de las fuerzas comprometidas en acción son susceptibles de convertirse en bajas a corto plazo.

Dichas bajas requerirán una evacuación inmediata del frente de batalla hacia la retaguardia, situación que incluso en las circunstancias más favorables, constituye una tarea difícil de cumplir.

El movimiento de retirada de enfermos y heridos debe realizarse en contra del flujo constante hacia el frente operativo, de personal y abastecimiento, corriente que es imposible interrumpir para satisfacer otro tipo de tareas, por importantes y urgentes que ellas sean.

Por otra parte, los evacuados son individuos que han dejado de ser autosuficientes y necesitan ser transportados y atendidos a través de cada una de las etapas de su viaje de vuelta a la retaguardia.

De lo expresado en los párrafos que anteceden, se desprende que la evacuación de enfermos y heridos implica la organización y funcionamiento de unidades escalonadas de atención médica, como las descritas precedentemente, especialmente designadas y adecuadamente entrenadas para cumplir la misión específica que les corresponde.

El procedimiento que se sigue para realizar la evacuación de las bajas desde las unidades operativas hasta su hospitalización final, varía de acuerdo con las circunstancias del momento, dependiendo, entre otros factores, de la distancia del frente de batalla a las instalaciones sanitarias de la retaguardia, la disponibilidad de medios de transporte, las facilidades médicas que posean las unidades en el área de operaciones, el promedio estimado de bajas, los recursos médicos existentes en la retaguardia y de muchas otras condiciones difíciles de ponderar con anticipación.

Con todos estos elementos de juicio a la vista y con el debido asesoramiento del oficial médico asignado al Estado

Mayor de la Fuerza Operativa, el mando militar establece la política de evacuación del área o teatro correspondiente.

La política de evacuación fija el número de días que pueden mantenerse los enfermos o heridos en estado de inactividad, dentro de un área o teatro de operaciones.

De ello depende la determinación de las necesidades de personal, material y abastecimiento sanitarios requeridos para la realización de cualquier operación militar o acción de guerra.

En general, la política de evacuación se expresa en un número específico de días: 15, 30, 60, 90 ó más, hablándose según esto, de política de evacuación de corto o largo plazo.

Si se establece una política de evacuación de corto plazo, de 30 días por ejemplo, significa que todo individuo que necesita más de 30 días para recuperarse y volver a la actividad militar, debe ser evacuado del área o teatro de operaciones, a un establecimiento hospitalario de la zona del interior.

Tanto una política de evacuación de corto plazo, como una de largo plazo, presentan factores favorables y desfavorables que considerar.

Una de corto plazo necesita muchos reemplazos, muchos transportes, pocos elementos médicos en el frente operativo y grandes instalaciones sanitarias en la retaguardia.

Una de largo plazo requiere pocos reemplazos, pocos medios de transporte, muchas facilidades médicas en el frente operativo y pocos recursos médicos en la retaguardia.

La evacuación de las bajas puede hacerse empleando cualquier tipo de transportes, sean estos marítimos, terrestres o aéreos, de acuerdo naturalmente con las condiciones y disponibilidades existentes.

El control y regulación de la evacuación exige una organización inteligentemente planificada y su ejecución es de responsabilidad de los oficiales médicos designados para cumplir dicha misión en los diferentes escalones de la cadena que debe seguir el herido, hasta llegar a su destino definitivo.

Aunque es efectivo que la evacuación debe cumplirse siempre con el menor retardo posible, en la práctica hay casos que son más urgentes que otros y es en este aspecto donde entra el procedimiento de la clasificación y asignación de prioridades, tareas que corresponden al oficial médico más antiguo de cada unidad o agrupación.

Hemos establecido que la evacuación de las bajas debe seguir un trayecto opuesto al flujo de abastecimiento y de personal que va hacia el frente y en el caso de una fuerza naval, para llevarla a cabo, es necesario utilizar los transportes de reabastecimiento, cuando éstos hacen su viaje de retorno a las bases de apoyo del área, del teatro o de la patria.

Siguiendo en sentido inverso el esquema de la organización del apoyo logístico de una fuerza naval operativa, hemos diseñado en la figura incluida, en forma esquemática, el camino que, de acuerdo a lo expresado, deben seguir las bajas producidas a bordo de las unidades de la flota, hasta llegar al punto que, según las normas existentes sobre política de evacuación, clasificación de heridos y asignación de prioridades, se ha fijado para su hospitalización y tratamiento.

La atención médica de las bajas producidas en combate debe efectuarse en primera instancia, en la instalación correspondiente de la unidad en que se produce la baja y una vez cesadas las acciones militares y en cuanto las condiciones imperantes lo permitan, éstas deben ser transbordadas a buques con mayores facilidades asistenciales, donde se les hará su tratamiento definitivo o, previo un tratamiento de emergencia, se les evacuará al escalón de atención médica que corresponda.

En los buques mayores, vale decir cruceros, los heridos podrán permanecer el tiempo que demoran en llegar los transportes de reabastecimiento en la mar, a los que serán transbordados, para ser llevados al buque hospital, a un hospital de campaña o a los hospitales continentales, según sea la naturaleza de sus lesiones y la política de evacuación existente.



Organización de la cadena de evacuación de una fuerza naval operativa.

En la actualidad debe tenerse presente la posibilidad de evacuación aérea, en la que helicópteros, especialmente acondicionados, pueden agilizar estas acciones, en los casos en que se requiere un tratamiento especializado de extrema urgencia, que no permite la dilación que significan los medios de transporte corrientes, procedimiento que ha sido empleado en gran escala y con resultados espectaculares, en las operaciones de guerra ocurridas en los últimos años.

El tiempo que los heridos pueden permanecer en un buque hospital o en un hospital de campaña, depende también de la política de evacuación que se haya fijado para el área o teatro de operaciones, según sea el caso.

Todas aquellas bajas cuya rehabilitación exija un plazo mayor que el fijado por la política de evacuación existente, tendrán que ser trasladadas a los hospitales continentales.

Los mismos principios establecidos anteriormente para la evacuación de las bajas producidas en combate, rigen tam-

bién para aquellas no producidas en él, es decir, para los enfermos afectados por otro cualquier proceso patológico que los inhabilite para la acción.

Finalmente y complementando lo dicho en los párrafos que anteceden respecto a rehabilitación, creemos conveniente insistir sobre la importancia de algunos de los puntos comprendidos en esta fase de la misión de los servicios médicos, en el curso de una operación de tipo militar.

En primer término, queremos ser enfáticos en cuanto a la trascendencia que tienen todos los procedimientos relativos a la clasificación de las bajas y a la evaluación de la gravedad de los heridos, por la incidencia que tienen estas acciones sobre las decisiones que se deben tomar, respecto a tratamientos y sistemas de evacuación.

Las decisiones señaladas deben basarse, exclusivamente, en el principio fundamental de la medicina militar, que consiste en lograr la mejor atención posible, para el mayor número de heridos, en la

instalación médica más adecuada para hacerla, teniendo en cuenta las necesidades tácticas y las condiciones adversas de la guerra.

En el frente de combate, estas decisiones se refieren principalmente a necesidades de resucitación, necesidades de cirugía inmediata, falta de necesidad de las medidas anteriores o a la inutilidad de ellas, por la letalidad de las lesiones.

Como se podrá apreciar, las responsabilidades del oficial médico a cargo de la clasificación y evaluación de bajas, son extremadamente grandes y difíciles de cumplir, motivo por el cual es indispensable que estas funciones sean asignadas a los más capaces y experimentados de que pueda disponer la unidad o fuerza operativa.

Dichos oficiales médicos deben poseer el suficiente juicio quirúrgico para dictaminar qué pacientes tienen que ser evacuados y están en condiciones de ser transportados; para precisar cuáles no pueden ser transportados por su estado de gravedad; para fijar las prioridades de evacuación y los medios de transporte que deben ser usados para cumplirla; conjugando todos estos factores en términos de posibilidades de sobrevivencia, de recursos sanitarios existentes y de seguridad y rapidez de los medios de transporte requeridos.

Hemos manifestado que el cuidado de los heridos en el frente de combate es influido significativamente por la situación táctica prevaleciente en el área operativa.

Estimamos conveniente aclarar a este respecto, que dichas condiciones en ningún caso deben hacer pensar que la cirugía de guerra entraña una desviación burda de los principios quirúrgicos básicos, que rigen toda intervención operatoria, cualquiera que sea el ambiente donde se desarrolle y los recursos con que se cuente.

Una de las mayores responsabilidades del oficial médico que actúa en una unidad o fuerza operativa, consiste precisamente en mantener hasta donde sea posible los principios señalados y esforzarse por salvar los obstáculos que se le

presenten para cumplirlos, por adversas que sean las condiciones ambientales imperantes.

En otros términos, diremos que aun cuando ello implique esfuerzos y sacrificios extraordinarios, es necesario tomar con los heridos medidas inmediatas que sean correctas, aun cuando ellas sean de emergencia y de utilidad a tiempo limitado, pues de no observarse esta práctica, la cirugía rehabilitadora que deberá efectuarse posteriormente en instalaciones médicas de mayores recursos, no podrá ser llevada a cabo en forma satisfactoria para la víctima.

3.2. La hospitalización de los enfermos y heridos constituye la segunda fase de rehabilitación, siendo su objetivo militar, reintegrar el máximo de bajas al servicio activo en el más corto tiempo posible.

Para cumplir cabalmente estos fines, es indispensable disponer de instalaciones médicas a flote y en tierra, dotadas de personal y recursos sanitarios adecuados.

Es necesario que toda fuerza operativa cuente con un buque hospital, que puede ser una nave especialmente construida para ello o un buque adaptado para cumplir ese fin, donde existan facilidades médicas suficientes para tratar a aquellos enfermos o heridos que, por la severidad de sus lesiones, no pueden ser atendidos en sus unidades de origen.

El buque hospital, portando los distintivos aceptados internacionalmente para su identificación, por parte de las fuerzas navales, terrestres y aéreas del enemigo, se ubicará cerca de la fuerza operativa a que pertenece, pero apartado del campo de las acciones de guerra e, incluso, de las bases de apoyo logístico, para no ser así tomado como un blanco de carácter militar.

Por otra parte, la totalidad de las unidades navales deben tener a bordo personal y elementos médicos suficientes para atender a sus bajas durante las acciones bélicas y en la medida del escalón de atención correspondiente a los recursos sanitarios que posean.

También los transportes y algunos tipos de barcasas de desembarco pueden complementarse, en caso necesario, con

personal y abastecimientos de sanidad, cuando se los requiere para desempeñar tareas sanitarias o de evacuación de heridos.

En las operaciones navales de las últimas guerras, las barcasas de desembarco tipo LST, adecuadamente dotadas de elementos y personal de sanidad, han sido empleadas con éxito como buques de transporte y evacuación de enfermos y heridos, aprovechando las facilidades de que disponen para la realización de misiones de carácter anfíbio.

Las Marinas de guerra se ven a menudo en la necesidad de instalar bases navales terrestres en el área operativa; son bases avanzadas, de tamaño y constitución diferente, según sean las funciones que se espere deban cumplir.

A cada tipo de dichas bases avanzadas le corresponden componentes médicos que están formados por conjuntos de personal, abastecimientos y equipo, coordinados en unidades funcionales, para la provisión de cuidado y tratamiento sanitario, que pueden ir desde los correspondientes a una enfermería o dispensario hasta los de un hospital general de 1.000 camas o más.

Todas estas posibilidades ofrecen a una Marina de guerra gran flexibilidad de acción y le permiten concentrar servicios médicos, donde y cuando se le requieran en apoyo de una operación militar determinada.

3.3. La utilización militar de las bajas recuperables, es el tercer y último aspecto de la rehabilitación y se refiere a la atención dentro del teatro de operaciones, de todos aquellos pacientes cuya salud es susceptible de ser restaurada para que puedan volver al combate en el plazo más breve posible.

Para cumplir este objetivo, el servicio médico debe ser extremadamente cuidadoso en la aplicación de las normas de la política de evacuación, debiendo tenerse siempre presente que todo individuo que abandone el teatro de operaciones, prácticamente queda perdido para la fuerza o unidad a que pertenece.

Con estos conceptos finales terminamos este trabajo de divulgación de algunos aspectos básicos de medicina operacional y normas principales que deben re-

gir las funciones de los servicios médicos en una situación de guerra y aun cuando nos asiste la certeza de que lo hemos hecho en forma incompleta y muy superficialmente, abrigamos la esperanza de que sirva, por lo menos, para despertar en los oficiales de sanidad que recién ingresan a la Armada, la inquietud por el estudio de esta clase de materias, tan importantes para las actividades médico-militares que han elegido.

ACLARACION FINAL

Mientras redactábamos este trabajo, hemos pensado en la posibilidad de que el oficial de sanidad de la Armada recién incorporado a la Institución, que aún no ha tenido la oportunidad de interiorizarse de las modalidades operativas de la guerra, pudiera encontrar inoficiosas algunas de las consideraciones señaladas en el presente trabajo, aparentemente más aplicables a una fuerza militar terrestre empeñada en acción que a una fuerza naval comprometida en una operación bélica.

Frente a ello, creemos necesario dejar establecido el concepto de que, actualmente, las acciones de guerra son por lo común operaciones conjuntas, en las cuales participan componentes militares, navales y aéreos y en tal caso actúan bajo un mando unificado, situación que hace necesario que los oficiales de sanidad de cada una de las instituciones armadas conozcan los principios operativos básicos, en forma integral.

Aun cuando la Armada actúe en forma independiente de las otras fuerzas de la Defensa Nacional, de todas maneras sus operaciones militares son comúnmente de carácter mixto, de tipo aeronaval y no es excepcional que le corresponda planear y ejecutar acciones anfíbias, con participación de la Infantería de Marina, brazo que tiene esta Institución para alcanzar objetivos terrestres o establecer cabezas de playa, para que tropas del Ejército transportadas por mar puedan entrar en territorio enemigo.

Estas acciones de la Infantería de Marina, los soldados de mar a que se refería el almirante Cochrane, en sus arengas

a las tripulaciones de su escuadra, aunque importantísimas desde antiguo, han demostrado todo su valor táctico y estratégico en los últimos conflictos y particularmente en la II Guerra Mundial, en Corea y en Viet-Nam.

Siendo la Infantería de Marina una rama de la Armada, son oficiales de sanidad de la Armada los que deben acompañar a estas fuerzas en sus operaciones de desembarco y desde ese momento las acciones de salud del médico naval salen de la órbita de su buque o de su escuadra, debiendo abocarse a problemas similares a los presentados a una fuerza terrestre, como son el saneamiento ambiental, la elección de sitios para campamentos, la revisión de las fuentes de abastecimiento de agua, la atención de los heridos, el establecimiento de escalones sanitarios y la organización de los sistemas de evacuación.

Bibliografía:

- 1.—Emergency War Surgery — Nato Handbook — United States Department of Defense — Año 1958.
- 2.—Cirugía de Emergencia en Guerra — Manual de la OTAN — Departamento de Defensa de los Estados Unidos — Año 1967.
- 3.—Consideraciones sobre los Servicios de Sanidad en una situación de guerra — Alfonso López Mc. Cabe y Carlos Harrison Roa — "Revista de Marina", julio-agosto - 1959.
- 4.—Le Système des Evacuations Médicales de l'Aviation Militaire des Etats-Unis en Europe — Revue Internationale des Services de Santé - Nº 12 — Año 1973.
- 5.—Le Navire-Hôpital "U.S. Sanctuary" au Viet-Nam — Revue Internationale des Services de Santé - Nº 7-8 — Año 1971.

