



Facultad del Ejército
Escuela Superior de Guerra
"Tte Grl Luis María Campos"



TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Título: "Análisis del apoyo logístico de Personal (Sanidad y Necrológico) en el conflicto de Malvinas. Lecciones aprendidas".

Que para acceder al título de Especialista en Planeamiento y Gestión de RRHH de OOMMTT presenta el Mayor I Ramón Jesús ELIAS.

Director de TFI: TC (R) FERNANDO TRIBO

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de septiembre de 2023.

Resumen

La presente investigación tiene como objeto central el análisis del "Apoyo logístico de Personal (Sanidad y Necrológico) en el conflicto de Malvinas y las lecciones aprendidas que se derivan de esta experiencia histórica". A lo largo de este trabajo, se abordará la organización, la doctrina que guio las operaciones de apoyo logístico de personal en las áreas de sanidad y necrológico durante la Guerra de Malvinas, así como las lecciones aprendidas tras la culminación de este conflicto bélico.

El propósito fundamental de este trabajo radica en analizar críticamente las modificaciones, correcciones y actualizaciones que la reglamentación vigente en el Ejército Argentino ha experimentado a raíz de las experiencias recopiladas y las valiosas lecciones aprendidas a lo largo del conflicto de las Malvinas. Asimismo, se pretende medir el alcance de la influencia de dichas experiencias y lecciones en la formulación y adaptación de la doctrina vigente.

El primer capítulo de esta investigación se encuentra estrechamente vinculado con la doctrina que prevaleció durante la Guerra de Malvinas. Se analizará la organización del sistema logístico de personal en lo que respecta a las funciones de sanidad y necrológica.

Además, se explorarán las acciones ejecutadas por el personal del sistema sanitario que desempeñó un papel crucial en el transcurso de este conflicto. En un esfuerzo por enriquecer aún más este análisis, se incluirá el aporte proporcionado por el CR Med VGM Rubén Juan Cucchiara, quien ha compartido sus experiencias de combate en una entrevista que arroja luz sobre la realidad que se vivió en ese momento.

El segundo capítulo se dedica al estudio y la exposición de la doctrina que está en vigencia en la actualidad dentro de las Fuerzas Armadas, especialmente en lo que se refiere a la logística de personal en el marco de sus funciones de sanidad y necrológico. Esta revisión de la doctrina actual permitirá establecer comparaciones con la doctrina pasada, identificando tanto las continuidades como las rupturas en términos de enfoque y contenido.

El tercer capítulo desarrolla la comparación entre la doctrina aplicada en el apoyo logístico de personal sanitario y necrológico durante la Guerra de Malvinas en 1982 y la doctrina contemporánea utilizada en las Fuerzas Armadas. Aquí, se verán las diferencias y similitudes entre ambas, aportando un análisis que permita entender mejor la evolución y el desarrollo de la doctrina a lo largo del tiempo.

En última instancia, esta investigación busca extraer conclusiones fundamentales sobre la importancia crítica de la preparación, la toma de decisiones y la capacitación adecuada en las funciones de sanidad y necrológica en situaciones de combate. Las lecciones aprendidas durante el conflicto de las Malvinas enfatizan la necesidad de una formación exhaustiva y la aplicación efectiva de la doctrina para garantizar una atención médica y un tratamiento de los fallecidos óptimos en condiciones adversas. La continuidad y evolución de la doctrina son esenciales para garantizar la preparación y eficacia de nuestras fuerzas en el presente y el futuro. Además, se destacará cómo la Guerra de Malvinas sigue siendo una experiencia de gran relevancia y cómo su análisis constante contribuye a enriquecer el conocimiento y la experiencia de las Fuerzas Armadas.

Palabras Claves

Apoyo logístico, Doctrina, Sanidad, Necrológico, Guerra de Malvinas, Lecciones aprendidas, Análisis comparativo.

Índice de tablas /Gráficos / Anexos

- Cuadro 1: Novedad de personal de las Fuerzas Argentinas fallecidas en las islas. Pag 5
- Cuadro 2: Escalonamiento- esquemático de las funciones de tratamiento y evacuación en el TO. Pag 10
- Gráfico 1: Ubicación del HMPA y de los PPSS de las UU emplazadas alrededor de Puerto Argentino. Pag 16
- Gráfico 2: Cadena de evacuación desde las Islas Malvinas y dentro del territorio del continente. Pag 23
- Gráfico 3: Organización del Sistema de Evacuación de heridos y enfermos. Pag 26
- Imagen 1: Tarjeta de Identificación de Víctima. Pag 66
- Cuadro 3: Escala de coma de GLASGOW. Pag 67
- Anexo 1: Entrevista al CR Med VGM Rubén Juan Cucchiara. Pag 81-85
- Imagen 2: Cucchiara., J. (1982). Habilidad de los médicos para atender a los heridos en tiempos de guerra. Pag 85

ÍNDICE	
INTRODUCCIÓN	1
DESARROLLO	
CAPÍTULO I	
EL APOYO LOGÍSTICO DE SANIDAD Y NECROLÓGICO EN 1982	
LA LOGÍSTICA DE PERSONAL	5
DOCTRINA UTILIZADA EN LA FUNCIÓN DE SANIDAD EN MALVINAS	7
EL DESPLIEGUE SANITARIO EN MALVINAS	16
DOCTRINA UTILIZADA EN LA FUNCIÓN NECROLÓGICA EN MALVINAS	27
EL FUNCIONAMIENTO NECROLÓGICO EN MALVINAS	34
CONCLUSIONES PARCIALES	37
CAPÍTULO II	
EL APOYO LOGÍSTICO DE SANIDAD Y NECROLÓGICO EN LA ACTUALIDAD	
LA FUNCIÓN DE SANIDAD EN LA ACTUALIDAD	39
LA FUNCIÓN NECROLÓGICA EN LA ACTUALIDAD	50
LA SANIDAD CONJUNTA EN LA ACTUALIDAD	56
CONCLUSIONES PARCIALES	70
CAPÍTULO III	
COMPARACION ENTRE EL APOYO LOGÍSTICO DE PERSONAL DE 1982 Y EL ACTUAL	
DOCTRINA ESPECIFICA DE LA FUNCIÓN DE SANIDAD Y NECROLÓGICO UTILIZADA EN EL AÑO 1982	72
DOCTRINA ESPECIFICA DE LA FUNCIÓN DE SANIDAD Y NECROLÓGICO UTILIZADA ACTUALMENTE	73
CONCLUSIONES PARCIALES	75
CONCLUSIONES	
CONCLUSIONES FINALES	76
APORTE PROFESIONAL	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
REFERENCIAS	80
ANEXOS	
ANEXO 1 – ENTREVISTA CR Med VGM RUBÉN JUAN CUCCHIARA	81

Introducción

Las acciones realizadas son cosecha de lecciones que acrecientan las experiencias militares y cuyo punto se verá reelaborado en términos que perfeccionen nuestra doctrina, nuestra organización, la competencia militar de nuestros mandos y el adiestramiento de sus hombres y en este acervo de historia patria, estarán presentes todos y cada uno de los gestos bélicos: el aporte de nuestros soldados en la campaña; el sacrificio de los héroes caídos; el sufrimiento de los cuadros y las tropas en las operaciones y en el cautiverio; el estoicismo y altivez de los combatientes, quienes sin reproches, y al grito de “Viva la patria” sobrellevaron con estoicismo el dolor de no haber podido arribar a la victoria. (Informe oficial Ejército Argentino conflicto Malvinas. Tomo 1. 1983, p. 177)

En este trabajo se abordará el análisis de la organización, de la doctrina del apoyo logístico de Personal (Sanidad y Necrológica) y las lecciones aprendidas durante el conflicto de Malvinas.

Transcurridos cuarenta y un años del conflicto bélico entre la República Argentina y el Reino Unido por el dominio de las Islas Malvinas, y a raíz de las experiencias y vivencias afrontadas por el personal de las Fuerzas Armadas que participó del mencionado conflicto, permite que en la actualidad, mediante el estudio de este histórico suceso con la bibliografía elaborada posteriormente al conflicto, junto a la doctrina específica de ese periodo y a través del análisis de lo actuado, poder elaborar conclusiones sobre las modificaciones sobre la doctrina actual relacionados a la logística de personal en sus funciones de sanidad y necrológica en el ámbito de la fuerza, en base a los siguientes interrogantes.

¿Ha experimentado la doctrina relacionada con el apoyo logístico de Personal en sus funciones de Sanidad y Necrológica en las fuerzas armadas modificaciones como resultado del último conflicto bélico en el que se vieron involucradas?

En caso afirmativo, ¿cuáles fueron las modificaciones implementadas en la doctrina?

¿Las modificaciones realizadas en la doctrina, basadas en las lecciones aprendidas, han sido complementadas con las experiencias recopiladas durante el conflicto?

A raíz de estos interrogantes se procurará obtener datos que puedan servir para concluir respecto a la actualización de la doctrina actual y en caso de ser necesario proponer actualizaciones sobre aquella que por el tiempo transcurrido y los nuevos elementos de juicio surgidos en la actualidad no hayan sufrido las modificaciones pertinentes. Este estudio es relevante debido a que una gran parte de la doctrina actual referida al apoyo logístico de personal en sus funciones de Sanidad y Necrológica, aún mantiene vigencia desde tiempo antes de ocurrido el conflicto de Malvinas y a raíz de los avances tanto bélicos como tecnológicos actuales, sería de suma importancia que luego de más de 41 años transcurridos de esta guerra, corroborar las modificaciones que han sufrido los mismos y si estas contaron con la aplicación de las lecciones aprendidas en la guerra, con toda la doctrina que surgió posteriormente al conflicto y con el análisis del apoyo logístico del personal perteneciente al sistema sanitario que formó parte del conflicto y pueda aportar sus experiencias en este proceso.

De la búsqueda de material se encontró qué hay ya realizados trabajos referidos a la temática sobre este conflicto, el del MY Cesar Fabricio CHOROLQUE que se encuentra centrado en el análisis de la función necrológica durante la guerra de Malvinas y también el libro la medicina en la guerra de Malvinas de Ceballos y Buroni, elementos esenciales para el aporte de datos específicos sobre el tema que serán fundamentales para este trabajo.

El problema específico de este trabajo se encuentra encuadrado en el análisis de la doctrina con la que se trabajó en el apoyo logístico de Personal en sus funciones de sanidad y necrológica y a la doctrina que surgió posterior al conflicto sobre la temática hasta el presente.

Objetivos del Trabajo Final Integrador

Objetivo general

Analizar la doctrina empleada en el apoyo logístico de personal en el ámbito de las funciones de sanidad y necrológica, con el fin de contrastarla con las lecciones aprendidas de la guerra de Malvinas y determinar si la doctrina actual de la fuerza ha sufrido modificaciones basadas en los factores de comparación previamente mencionados.

Objetivos específicos

Objetivo 1: Describir la doctrina utilizada, la organización del sistema de apoyo logístico de personal sanitario y necrológico, y las lecciones aprendidas por el personal que participó en el conflicto de Malvinas en 1982 con el propósito de identificar áreas de mejora y proporcionar una base sólida para la comparación con la doctrina y prácticas actuales.

Objetivo 2: Analizar y describir la doctrina actual y la organización del sistema de apoyo logístico de personal sanitario y necrológico empleados por la fuerza en la actualidad. con el objetivo de proporcionar una visión completa y actualizada de estas áreas, lo que permitirá una comparación efectiva con el estado anterior y la identificación de posibles mejoras.

Objetivo 3: Realizar un análisis comparativo entre los sistemas de apoyo logístico de personal sanitario y necrológico empleados durante el conflicto de Malvinas en 1982 y los sistemas actuales utilizados en estos ámbitos con el propósito es determinar si se han realizado ajustes significativos con base en las lecciones aprendidas del conflicto de Malvinas, identificando de manera precisa las modificaciones implementadas en este proceso.

Capítulo I: El apoyo logístico de sanidad y necrológico en 1982

En el siguiente capítulo se expondrá la situación a la que se enfrentaba la Argentina, con que doctrina se materializó el apoyo logístico de personal y como fue la organización y estructura para la implementación de las funciones de sanidad y necrológica durante ese período. Finalmente teniendo en cuenta todo lo expuesto en este capítulo se concluirá respecto al mismo.

La sanidad y la muerte en el combate: que nos pueden enseñar

El conflicto. Es importante contextualizar las causas y hechos ocurridos en las Islas Malvinas en el año 1982, a fin de enmarcar todo el apoyo logístico del personal en las funciones de Sanidad y Necrológico que intervinieron en el conflicto.

El estado argentino reclamaba convencido de que los territorios insulares de las Islas Malvinas, Georgia y Sándwich del Sur eran pertenecientes a su territorio por razones geográficas, legales e históricas ya que habiendo sido patrimonio del Reino de España y posteriormente usurpadas por la fuerza por el Reino Unido en 1833 se perdieron dichos territorios. Desde entonces, Argentina ha pedido regularmente la devolución de las islas a nivel internacional y desde 1964 ha solicitado repetidamente ante la Asamblea General de las Naciones Unidas el reconocimiento de la soberanía sobre estos territorios.

Cuando el gobierno del Reino Unido ignoró la recomendación de las Naciones Unidas (Resolución de la Asamblea General No. 2065 del 16 de diciembre de 1965) de negociar bilateralmente la descolonización del archipiélago, el gobierno argentino decidió reclamar el territorio en cuestión por acción militar el 2 de abril de 1982.

Como en los asuntos internacionales donde no se pudo llegar a un acuerdo, la disputa se resolvió por la fuerza (Ceballos y Buroni, 1992).

Siendo este el contexto que enmarcó la guerra sucedida entre Argentina y el Reino Unido es de importancia remarcar que este conflicto comenzó el 02 de abril de 1982 y finalizó el 14 de

junio de ese mismo año dejando como saldo un total de 649 muertos y 988 heridos para la Argentina y la cantidad estimada de 255 muertos para el Reino Unido.

La totalidad de personal fallecido de las fuerzas se produjo según la siguiente distribución.

Cuadro 1: Novedades de personal de las Fuerzas Argentinas fallecidas en las islas

Fuerzas o Componente	Cantidad de muertos
Ejército Argentino	194
Fuerza Aérea Argentina	55
Armada Argentina	375
Prefectura Naval	2
Gendarmería Nacional	7
Marina Mercante	16
Total	649

Fuente: Ley 24.950. (1998).

La logística de personal

En relación a la temática que será analizada sobre las funciones de personal que van a explicarse a continuación, se definirá a la logística de personal como aquel campo de la conducción que comprende los asuntos relacionados con los recursos humanos de competencia de la Fuerza Ejército abarcando todos los aspectos vinculados con las personas bajo control militar directo, tanto amigos como enemigos, militares o civiles.

Según lo prescripto en el reglamento ROD 19-01, 2004 el apoyo será proporcionado mediante el planeamiento y ejecución de las funciones de personal, que se dividen en:

Mantenimiento de los efectivos. Esta función definirá el desarrollo de las acciones necesarias para mantener los efectivos orgánicos de las distintas organizaciones de la fuerza.

Reemplazos. Consistirá en el desarrollo de acciones necesarias para completar los efectivos orgánicos o asignados a las organizaciones dentro de la fuerza.

Administración de Personal. Consiste en la organización y uso de los recursos humanos disponibles, tanto militares como civiles (incluida la reserva) con la máxima eficiencia, mediante el uso correcto de las cualidades y habilidades de las personas.

Disciplina, Ley y Orden. Consiste en lograr un estado disciplinado de orden y cumplimiento, basado en el respeto a los aspectos legales. Incluye la búsqueda y disposición de los ausentes sin permiso, extraviados y desaparecidos, la valoración del comportamiento individual, las sanciones y el funcionamiento de las instalaciones disciplinarias.

Prisioneros de Guerra. Consistirá en la función que, mediante un conjunto de acciones tendientes a brindar un adecuado tratamiento a los prisioneros de guerra en el marco del cumplimiento de las leyes y usos de la guerra, asegurará el bienestar de los mismos.

Mantenimiento de la Moral. Es la función que, basada en principios morales, institucionales y religiosos, busca potenciar los impulsos positivos del personal, y neutralizar los negativos.

Necrológica. Regula las actividades de búsqueda, rescate, identificación, registro, evacuación y sepultura del personal fallecido, la disposición final de los restos, cuidado y disposición de los efectos pertenecientes al personal fallecido, con vistas a mantener la moral, crear condiciones adecuadas de sanidad, y cumplir con las leyes y usos de la guerra.

Administración Interna. Consistirá en el control a realizar y las medidas a adoptar sobre el funcionamiento, administración y organización de un comando, a fin de optimizar su rendimiento.

Personal Civil. Comprende el manejo de todos aquellos recursos humanos que, en forma permanente o transitoria, realicen trabajos de interés militar y que no formen parte de los efectivos militares permanentes del Ejército o de otras FFAA, con la finalidad de lograr su máxima eficiencia.

Sanidad. Es la función relacionada con el mantenimiento y recuperación de la aptitud psicofísica del personal, su evacuación, hospitalización y las tareas afines que hacen a las demás funciones de personal (necrológica, selección psicofísica del personal y reintegro del personal recuperado al elemento de revista).

Seguridad contra Accidentes. Consiste en un conjunto de medidas a adoptar para reducir y mantener en una proporción mínima las bajas de personal y sus consecuencias, debido a accidentes de todo tipo. (ROD 19-01, 2004, pp, 1-2-3)

Ya contando con un marco general del conflicto de Malvinas, habiéndose definido la logística de personal y generalizado sus funciones, a continuación, se realizará el análisis de la función de Sanidad y posteriormente la función Necrológica para conformar la base de la comparación que se busca alcanzar.

Doctrina utilizada en la función de sanidad en Malvinas

Para realizar el análisis del sistema de sanidad materializado en la guerra de Malvinas se tendrá en cuenta que la doctrina utilizada para su organización y funcionamiento fue la que se detalla a continuación:

- RT 42-103, Procedimientos Médicos y Quirúrgicos en el TO (ROP 23-03)
- RC 42 – 51, Conducción de la Ca San del Batallón Logístico. (ROP 23-02)
- RC 42-1, Conducción del Servicio de Sanidad en el TO (ROP 23-01)

Sobre la principal doctrina empleada se hará referencia al reglamento (RC-42-1) Conducción del Servicio de Sanidad en el Teatro de Operaciones 1966). Se podría decir que allí se encuentran establecidas las bases doctrinarias para la conducción del Servicio de Sanidad en todos los niveles de las Fuerzas Terrestres del Teatro de Operaciones, y en ella se precisan la misión, organización, capacidades, limitaciones, operaciones y relaciones del Servicio de Sanidad de los distintos escalones de comando en diversas situaciones tácticas, las cuales serán descritas a continuación.

El servicio de sanidad es un elemento de los servicios para apoyo de combate del Ejército, cuya responsabilidad, primaria es el mantenimiento de la aptitud combativa de las tropas por medio del cuidado de la salud.

Según el ROP 23-01 Ex RC-42-1 Conducción del Servicio de Sanidad en el Teatro de Operaciones 1966, en particular comprenderá las siguientes actividades:

- La atención, tratamiento y evacuación de los pacientes.
- La formulación de proposiciones sobre las medidas preventivas necesarias para asegurar la salud de las tropas.
- El abastecimiento y mantenimiento de todos los efectos de sanidad.
- La instrucción del personal del servicio de sanidad y la supervisión de la instrucción del personal de las armas, tropas técnicas y restantes servicios en los aspectos relativos a higiene, primeros auxilios y saneamiento-militar.
- La preparación, clasificación y mantenimiento de los registros sobre enfermedades, heridas y lesiones para conocimiento de la superioridad, para su utilización en futuros planeamientos y como elementos y juicio en la tramitación de eventuales reclamos.
- La elevación de informaciones y proposiciones oportunas a la autoridad que corresponda, sobre todos los asuntos de responsabilidad del servicio de sanidad.
- La provisión de apoyos de óptica y odontológico.
- La provisión de apoyo de registro necrológico. (ROP 23-01,1966, pp.17-18)

Normas generales. Las operaciones del servicio de sanidad en un teatro de operaciones estarán basadas sobre las siguientes normas fundamentales:

- Los comandantes de todos los niveles serán responsables de brindar el apoyo médico adecuado a sus tropas.
- La atención de sanidad será continua, desde la aparición o producción de la enfermedad, lesión o herida, hasta la administración del tratamiento final.
- Un paciente no será evacuado más a retaguardia del lugar donde pueda recibir la atención necesaria, para su retorno, al servicio.

- La clasificación de apto e inepto tendrá lugar en cada instalación del sistema de evacuación, siendo los primeros, reintegrados al servicio y los segundos, retenidos para su tratamiento o posterior evacuación hacia retaguardia.
- Los pacientes de la zona de combate, serán reunidos en instalaciones de sanidad emplazadas a lo largo de los ejes de avance de las unidades.
- Las unidades (subunidades) de sanidad de la zona de combate, deberán poseer y conservar un alto grado de movilidad, a fin de estar capacitadas, para operar en apoyo directo de los elementos de combate.
- La movilidad de las instalaciones de tratamiento de la zona de combate, deberá ser asegurada mediante la ejecución de una rápida y continua evacuación, por parte de las unidades (subunidades) que operen más a retaguardia.
- Las unidades (subunidades) de sanidad, deberán estar desplegadas de forma tal, que permitan apoyar a la mayor cantidad de efectivos.
- El tratamiento de sanidad deberá ser sistematizado al máximo a fin de facilitar la recuperación de los pacientes, aun cuando éstos deban ser evacuados a través de varias instalaciones de tratamiento.
- Los enfermos, heridos y lesionados que requieran un período prolongado de atención, serán rápidamente evacuados hacia retaguardia, ocasionando las menores interferencias posibles a las operaciones de combate.
- La capacitación del personal que no sea de sanidad para prestar primeros auxilios, será desarrollada al máximo, por medio de la impartición de una adecuada instrucción sobre las técnicas más simples de tratamiento, basadas en improvisaciones con materiales disponibles en la zona.
- Cada nivel del servicio de sanidad empleará el tratamiento tipo más simple posible, a fin de proporcionar al paciente la atención necesaria. (ROP 23-01,1966, pp.19-20).

Organización y operaciones. La organización del servicio de sanidad en un teatro de operaciones será adecuadamente descripta en términos de los apoyos proporcionados a los cuatro principales escalones de comando apoyados: unidad, división (brigada independiente), ejército (cuerpo independiente) y zona de comunicaciones operada por el comando logístico de las fuerzas terrestres del teatro de operaciones.

El servicio de sanidad de nivel unidad cumplirá las siguientes funciones: tratamiento de sanidad de emergencia proporcionado en el lugar donde se produzca la herida, enfermedad o lesión, o en sus proximidades; evacuación de superficie de los pacientes hacía la instalación de sanidad más próxima a los fines del tratamiento y evaluación profesional inicial dentro de su capacidad; y administración de un programa básico de medicina preventiva para la unidad o zona apoyada. (ROP 23-01, 1966, pp.22-23-24)

Cuadro 2. Escalonamiento esquemático de las funciones de tratamiento y evacuación en el Teatro de Operaciones

NIVELES DEL SERVICIO DE SANIDAD	DIVISION (BRIGADA INDEPENDIENTE)	EJERCITO (CUERPO INDEPENDIENTE)	ZONA DE COMUNICACIONES
UNIDAD	ENFERMEROS DE SUBUNIDAD PUESTO DE SOCORRO ↓	ENFERMEROS DE SUBUNIDAD PUESTO DE SOCORRO O ENFERMERIA ↓	ENFERMERIA ↓
DIVISION BRIGADA (INDEPENDIENTE)	PUESTO PRINCIPAL DE SOCORRO	PUESTO PRINCIPAL DE SOCORRO ↓	
EJERCITO (CUERPO INDEPENDIENTE)		HOSPITAL QUIRURGICO MOVIL HOSPITAL DE EVACUACION	
ZONA DE COMUNICACIONES			HOSPITAL DE CAMPAÑA/alojamiento HOSPITAL GENERAL

Fuente: RC-42-1 Conducción del Servicio de Sanidad en el Teatro de Operaciones 1966.

Principios de empleo del servicio de sanidad.

De la misión y de las características del servicio de sanidad se originan ciertos principios que regirán el empleo de las tropas de sanidad. Las más importantes son:

Flexibilidad. Los servicios de sanidad deben ser flexibles.

La asignación de recursos sanitarios se basará en la situación militar y el planeamiento en curso.

Los cambios en la situación pueden requerir una rápida reasignación de instalaciones médicas. Tener suficientes reservas permitirá la implementación del principio de flexibilidad.

Al mismo tiempo cuando el comandante mantiene una reserva de unidades de combate, debe mantener una reserva proporcional de unidades sanitarias (subunidades), para mantenerla, cuando la empeñe.

Cuando una reserva de salud se ha comprometido o está inactiva, la responsabilidad principal del personal médico será reconstruir una reserva adecuada utilizando los recursos de las unidades comprometidas (subsidiarias). Esta reserva puede estar constituida por una sola unidad (subunidad) o por la disponibilidad de créditos en determinadas estructuras (por ejemplo, créditos de cama en algunos hospitales). Cuando eso no funciona, se deben pedir refuerzos.

Movilidad. La esencia de un apoyo sanitario adecuado radicará en mantener el contacto con los elementos que se tratan.

Las unidades (subunidades) de salud deben mantener la movilidad tanto como sea posible, estableciendo solo una parte de sus estructuras, hasta que las necesidades de la situación dicten el uso pleno de sus recursos. Una vez que se hayan implementado por completo, la única forma de recuperar la movilidad será evacuar rápidamente a los pacientes existentes. La unidad de asistencia médica inmovilizada (subunidad) solo puede continuar ayudando en una situación estática.

Durante el avance deberá mantenerse móvil o ser reemplazada por otra. En un movimiento retrógrado, podrá ser necesario abandonarla.

Responsabilidad zonal de evacuación. La zona de responsabilidad de evacuación asignada a cualquier unidad (subunidad) de sanidad se extenderá hacia su frente más bien que a su retaguardia.

Normalmente, no se le asignará a ningún nivel del servicio de sanidad, una responsabilidad de evacuación que se extienda detrás de su instalación emplazada más a retaguardia.

El servicio de sanidad de nivel unidad, recibirá apoyo de evacuación de la división (brigada independiente) y a esta última le será proporcionado por parte del ejército (cuerpo independiente) o, en algunas circunstancias, por el cuerpo de ejército.

Rapidez del tratamiento y de la evacuación. Durante el combate, la necesidad de proporcionar apoyo de sanidad para las bajas, surgirá desde el primer momento de contacto con el enemigo. Las bajas comenzarán a acumularse tan pronto como las tropas se encuentren bajo el fuego, y la atención de sanidad y la rápida evacuación serán muy importantes.

La prestación de un rápido y competente tratamiento y evacuación, tenderá a reducir las tasas de mortalidad y de disminución de aptitudes. En consecuencia, esto impondrá que las unidades (subunidades) de sanidad en apoyo de los elementos de combate, estén desplegadas oportunamente a fin de facilitar su entrada en acción.

El oficial de sanidad deberá mantenerse actualizado sobre la situación táctica, a fin de estar listo para iniciar sus actividades sin demoras.

Apoyo máximo de sanidad. El apoyo máximo de sanidad será brindado a los elementos de combate que cumplan las misiones más importantes. Si bien ésta concordará con el principio táctico de; emplear la masa de los medios de combate en apoyo del esfuerzo principal, además existirá otra razón para tal distribución de los medios de sanidad.

La tarea del servicio de sanidad estará grandemente influida por los frentes ocupados por las tropas de combate y sus movimientos bajo el fuego. En general, se esperará que el ataque principal realice los mayores progresos. Esto exigirá una mayor concentración de tropas en ese lugar que en otras partes del frente y la ejecución de una mayor cantidad de movimientos bajo el fuego.

Estos dos factores ocasionarán una mayor proporción de bajas que las normalmente producidas en otras partes de las fuerzas.

Tratamiento, y evacuación de sanidad como funciones, continuas. El servicio de sanidad deberá ser continuo desde el momento en que se inicie o produzca una enfermedad, lesión o herida hasta el completamiento del tratamiento final. La actuación de las instalaciones de sanidad fundamentales no estará cumplida hasta que sus funciones hayan sido asumidas por otro órgano. La evacuación será una función continua y no podrá ser suspendida mientras se efectúen cambios de emplazamientos.

Deberá dejarse transcurrir un tiempo razonable, después de la apertura de una nueva instalación, antes de que sea clausurada la anterior, a fin de que los pacientes ya en ruta hacia la última puedan ser recibidos.

Adjudicación, de medios de sanidad. El apoyo requerido por una unidad (subunidad) de sanidad adelantada estará determinado, por la cantidad de bajas previstas y el tiempo en que serán recolectadas.

Ninguno de estos elementos privará y ellos deberán ser considerados simultáneamente en la apreciación de sanidad y en la adjudicación de los medios correspondientes.

Métodos para proporcionar apoyo de sanidad. El apoyo directo de sanidad será proporcionado por una unidad (subunidad) de sanidad que tenga la misión de apoyar a otra unidad determinada.

La unidad (subunidad) de sanidad recibirá y ejecutará misiones directamente a pedido de la unidad apoyada, y le asignará la prioridad de sus esfuerzos. Ni estará agregada a la unidad apoyada, sino que permanecerá bajo la dependencia de su comando natural. Este será el procedimiento de apoyo normal.

El apoyo general de sanidad incluirá aquél proporcionado por las unidades de sanidad que suministren una atención no directamente identificable con las unidades específicas que proporcionen apoyo sobre una base zonal y que estén destinadas a reforzar a las unidades de sanidad de apoyo directo.

Refuerzo de los medios orgánicos de sanidad. Deberá efectuarse una distinción, entre una necesidad de ayuda de un escalón para cumplir con su misión, y la necesidad de proporcionarle los medios para asumir las funciones del escalón de apoyo.

En la primera situación, cuando las capacidades orgánicas de una unidad apoyada sean insuficientes para cumplir con su misión, le deberán ser agregados medios de refuerzo.

En la segunda situación, el escalón adelantado agregará una función a la suya. (ROP 23-01, 1966, pp. 25-28)

Concentración de pacientes. Será antieconómico e ineficiente realizar la atención, tratamiento y evacuación continua de los enfermos, heridos y lesionados, en grupos muy pequeños. Cuando la situación lo permita, las unidades (subunidades) de sanidad que actúen en la zona de combate, deberán concentrar los pacientes recolectados provenientes de dos o más instalaciones adelantadas. (ROP 23-01, 1966, p.32)

Abandono de pacientes. Durante la ejecución de rápidos movimientos hacia retaguardia, frecuentemente será imposible evacuar a todos los pacientes con los medios de sanidad disponibles.

En tales situaciones será posible adoptar tres cursos de acción, ya sea aislada o combinadamente.

La rapidez del movimiento podrá ser disminuida a fin de permitir la evacuación con el transporte disponible.

Algunos de los pacientes, conjuntamente con una fracción de tropas de sanidad de suficiente magnitud para atención, podrán ser abandonados - al enemigo. Esto último será objeto de una resolución de comando.

El oficial de sanidad será responsable de presentar a su comandante, las informaciones necesarias para adoptar una resolución, pero solamente el último, resolverá si se abandonará a los pacientes o no, en forma parcial o total. (ROP 23-01, 1966, p. 32)

Elección del transporte. La situación militar, tipo de terreno, la red caminera, la red ferroviaria, y la disponibilidad de medios de transporte aéreo, serán importantes factores que influirán en la elección del transporte para el movimiento de los pacientes.

En cualquier circunstancia, deberán ser trasladados por el transporte más seguro, confortable y eficiente disponible. La rapidez de la evacuación será frecuentemente el factor más importante. En las zonas adelantadas, generalmente se emplearán camilleros, sin embargo, tan pronto como la situación lo permita se utilizará el transporte automotor (tracción animal y a lomo). Si no se dispusiera de la cantidad necesaria de ambulancias, otros vehículos que retornen hacia retaguardia, podrán ser utilizados para estas tareas. Tan pronto como sea factible, los trenes ambulancias, las embarcaciones de evacuación o el transporte aéreo, sustituirán a los vehículos automotores (tracción animal y a lomo).

Cuando las condiciones meteorológicas y la situación táctica lo permitan se utilizarán aeronaves ambulancias para mejorar la rapidez y flexibilidad del servicio de sanidad y para proporcionar una rápida evacuación a los pacientes que requieran tratamiento inmediato. La aeronave ambulancia podrá ser utilizada tan adelante como la situación lo permita, recolectando normalmente a los pacientes. (ROP 23-01, 1966, p. 33)

Líneas naturales de evacuación de heridos. Los heridos que pueden caminar y que precisen tratamiento, normalmente se desplazarán hacia retaguardia por sus medios.

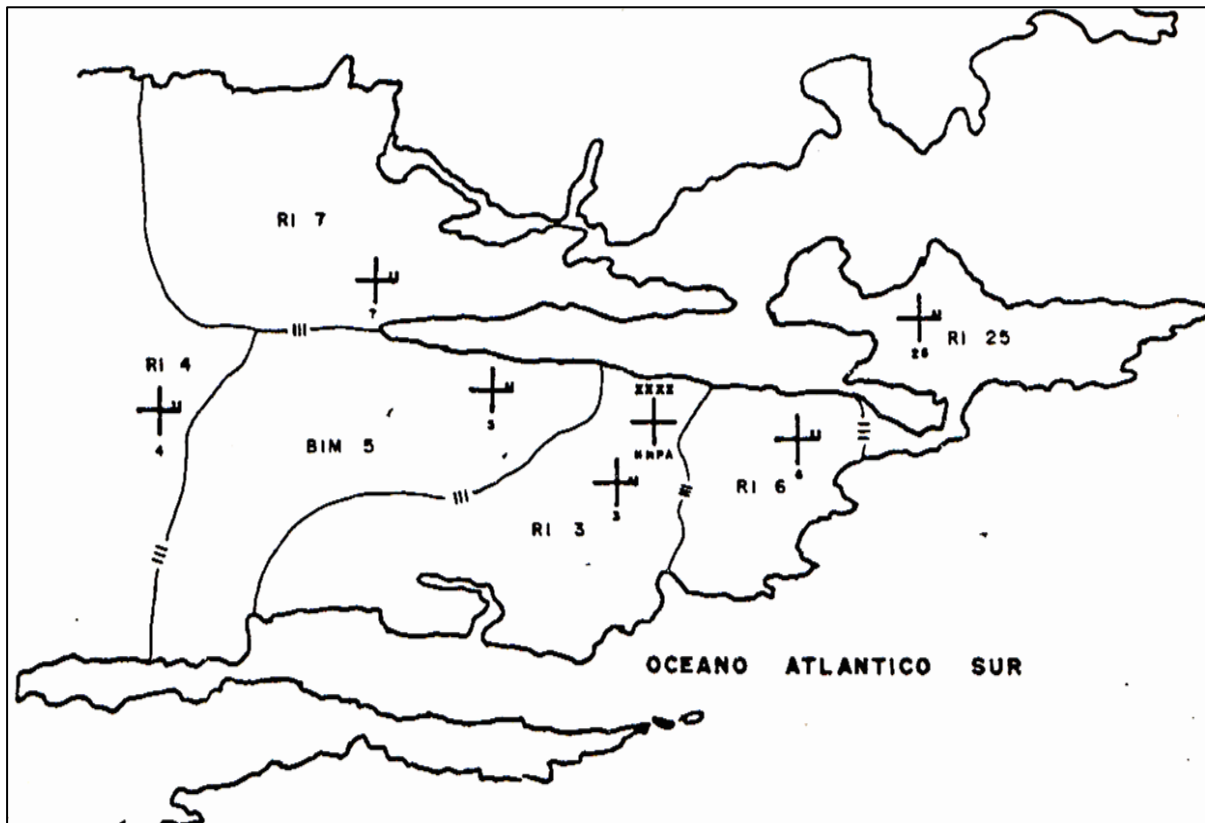
Otros instintivamente evitarán la observación y el fuego del enemigo, particularmente el de las armas automáticas, desplazándose a lo largo de hondonadas.

Estas rutas serán denominadas líneas naturales de evacuación de heridos y deberán ser tenidas especialmente en cuenta al ubicar las instalaciones de sanidad en la zona de combate. (ROP 23-01, 1966, pp. 34-35)

El despliegue del sistema de sanidad en Malvinas

El sistema sanitario en las islas Malvinas se configuro con el dispositivo que se describe a continuación.

Figura 1: Ubicación del Hospital Militar Puerto Argentino y de los Puestos Socorro de las Unidades emplazadas alrededor de Puerto Argentino



Fuente: CEBALLOS, Enrique Mariano y BURONI, José Raúl. La Medicina en la Guerra de Malvinas. Círculo Militar. Buenos Aires. 1992. p. 35

Hospital Militar de Puerto Argentino. Luego de finalizada y consolidada la recuperación de las Islas, el comandante Terrestre contaba con 4.000 efectivos y no se disponía de atención médica hospitalaria, por lo que el día 5 de abril le ordena al director del Hospital Militar Comodoro Rivadavia, que contaba con 30 camas y con capacidad quirúrgica, ubicado en la localidad homónima del territorio continental, a 1.000 kilómetros de las Islas, funcionara como un hospital de guarnición dependiente orgánicamente de la Brigada del Ejército que operó en la toma de las Islas, trasladando todo el personal militar y el material transportable a las Islas a los efectos de organizar un hospital en Puerto Argentino.

Desde el punto de vista doctrinario, este Hospital, que constituyó la instalación de sanidad más importante de la Zona de Combate.

El Hospital Militar de Puerto Argentino, no estaba organizado como alguna de las instalaciones orgánicas de Sanidad, en consecuencia, un elemento exclusivamente de guarnición se transformó en una instalación de sanidad de campaña improvisada.

Este hospital se ubicó a partir del 10 de abril en un edificio de la ciudad de Puerto Argentino, que había sido construido para hotel y que no fue habilitado por defectos en su estructura edilicia.

Con posterioridad fue reforzado con personal de sanidad y material del Ejército y de las otras dos Fuerzas Armadas. Al 3 de junio el hospital constaba con 122 efectivos, de los cuales:

- 45 médicos
- 4 bioquímicos
- 2 farmacéuticos
- 26 enfermeros
- 25 soldados

El Hospital Militar de Puerto Argentino contaba con capacidad de:

- Radiología simple
- Laboratorio
- 6 mesas de operaciones
- 6 camas de cuidado intensivo
- 5 camillas de reanimación y clasificación de heridos
- Capacidad de internación general para 70 pacientes, que fue llevada a 146 mediante el agregado de una tienda de campaña y la ocupación de una casa particular adyacente. (Ceballos y Buroni, 1992, pp. 33-34).

Puesto principal de socorro de la Compañía de Sanidad 3. La Compañía de Sanidad 3, perteneciente a la 3ra Brigada de Infantería, instaló y operó un Puesto Principal de Socorro muy reducido en Howard, localidad ubicada en la Isla Gran Malvina, a orillas del Estrecho de San Carlos.

Este elemento orgánico de sanidad se ubicó en una construcción precaria y contó con 11 efectivos, de los cuales 4 eran médicos, 1 bioquímico, y 1 odontólogo.

Disponía de una muy limitada capacidad quirúrgica y escasas vacantes para internación, 30 camillas en un gimnasio cubierto.

Este Puesto Principal de Socorro asistió al personal empeñado en la Isla Gran Malvina, quedando desde el 21 de mayo aislado de la Isla Soledad y del continente, sin posibilidades de evacuación ni abastecimiento.

Puesto Socorro en Bahía Fox. En un caserío ubicado también en la Isla Gran Malvina a orillas del Estrecho de San Carlos y al sur de Puerto Howard, se instaló este Puesto de Socorro. Contaba con 3 médicos, 1 odontólogo 2 enfermeros y 3 soldados. Poseía 30 camillas de internación ubicadas en 2 casas y no tenía capacidad quirúrgica. (Ceballos y Buroni, 1992, pp.37-38).

Puestos de socorro de las unidades desplegadas en la isla Soledad. Cada una de las Unidades desplegadas en la Isla Soledad instaló un Puesto de Socorro, los que estaban ubicados, por imposición de la geografía, lejos del frente y cerca de Puerto Argentino. (Ceballos y Buroni, 1992, p. 38).

Los buques hospitales. A partir del 1 de junio se pudo disponer en la Zona de Combate de 2 Buques Hospitales denunciados e identificados según las normas de la Convención de Ginebra del 12 de agosto de 1949.

Los Buques de la Armada “Bahía Paraíso” y “Almirante Irizar” fueron adaptados a tal fin.

Se presentaron numerosas dificultades y dudas en el montaje y organización de estos buques, ya que la Armada Argentina no tenía experiencia anterior en buques hospitales.

El buque que desempeñó el papel más importante en la evacuación desde las Islas al continente fue el ARA “Bahía Paraíso”, el buque más nuevo con que contaba la Armada en ese momento, producido por la industria argentina.

En la adaptación del “Bahía Paraíso” se lograron facilidades para 250 camas de internación, cirugía, laboratorio, radiología y dos puestos para la recepción y clasificación de los heridos. Se le incorporaron una pista para helicópteros y un helicóptero Puma SA-330 con capacidad de transporte de hasta 8 camillas y un helicóptero Alouette III.

Para la función asistencial se contaba con 24 médicos y 50 enfermeros (Ceballos y Buroni, 1992, p.38).

Despliegue de sanidad en el continente

El principal punto de evacuación fue la ciudad de Comodoro Rivadavia, situada a 1.000 kilómetros de las Islas, y con acceso por mar y por aire. Aquí se encontraban disponibles para asistir al personal evacuado dos hospitales civiles con una capacidad de 450 camas.

Completaban la cadena de evacuación en la Zona del Interior, el Hospital Militar de Bahía Blanca, el Hospital Naval de Puerto Belgrano y el Hospital Militar de Campo de Mayo. (Ceballos y Buroni, 1992, pp. 38-39).

Evacuación de los heridos. La evacuación desde el frente hasta el Hospital Militar de Puerto Argentino:

La cadena de evacuación argentina, en su primer tramo, en el frente, ofreció serias dificultades debido a que:

- Los heridos debían ser transportados a pie, desde las elevaciones, por la imposibilidad de llegada de vehículos a esos lugares.
- La restricción del uso de vehículos terrestres por la falta de caminos y por la detección de los mismos por las tropas británicas.
- La mayor parte de las bajas fueron nocturnas en virtud de la hora en que se producían las acciones.
- La geografía impuso la instalación de los puestos socorro lejos del frente y cerca del Hospital Militar de Puerto Argentino
- El difícil empleo de helicópteros, por el escaso número disponible, la falta de visores nocturnos y la pérdida de la superioridad aérea.

Todo lo señalado obligó a efectuar el transporte de las camillas a pie, desde el lugar en que caía herido el combatiente hasta el Puesto de Socorro de la Unidad, a veces varios kilómetros, transitando un terreno muy dificultoso para la marcha, todo lo cual influyó desfavorablemente sobre los heridos más graves.

En el Puesto de Socorro se los reacondicionaba para continuar su viaje en ambulancia hacia el Hospital. Inicialmente este traslado se efectuaba por helicóptero, pero este medio, que demostró ser el más adecuado fue cada vez más restringido en su empleo debido a la pérdida del techo aéreo.

Hasta el 20 de mayo la evacuación desde la isla Gran Malvina se efectuó en helicóptero, pero a partir de ese momento quedó interrumpida y librada la atención de los heridos a los medios disponibles en el lugar.

La evacuación de los heridos del combate de Darwin Goose Green no pudo llevarse a cabo, y todos ellos fueron atendidos por los británicos en el Hospital de Campaña de Bahía Ajax.

El retardo de la evacuación quiebra el concepto de tratamiento rápido de los heridos, concepto que cobró mucha importancia luego que los Centros de Trauma determinaran que la muerte de estos pacientes, según su distribución en el tiempo ofrecía tres picos:

- Un primer pico dentro de los segundos o minutos de ocurrido el trauma, y que brindaba pocas posibilidades de salvar al herido.
- Un segundo pico, que ocurría dentro de las primeras dos horas, llamado período de oro, en el cual las muertes se debían generalmente a hematomas intracraneales, o lesiones variadas con abundante pérdida sanguínea.
- Estos heridos son los que real mente se benefician con el tratamiento quirúrgico temprano especializado, y en estos casos es donde el helicóptero presta su mayor utilidad. La medicina de urgencia ha permitido demostrar el hecho de que el hombre puede perder temporariamente alrededor del 75% de su volumen sanguíneo y 55% de la capacidad respiratoria y puede sobrevivir y recuperarse siempre que sea tratado rápida y convenientemente.
- Este “período de oro” es el que no se pudo aprovechar en Malvinas, debido a las dificultades en la evacuación que fueron señaladas, y que provocaban que el herido de primera línea demorara un promedio mayor a las seis horas para acceder al tratamiento quirúrgico. Estas circunstancias también explican el hecho de que los heridos llegaban al Hospital muertos o en condiciones que demostraban que habiendo podido soportar la

evacuación, su estado general era aceptable, por lo que la mortalidad en nuestro Hospital fue de sólo dos casos, uno de ellos antes de ser operado.

- Por último, un tercer pico de mortalidad que se produce luego de varios días o semanas y que se debe a infecciones. (Ceballos y Buroni, 1992, pp. 39-40).

La evacuación desde el Hospital Militar de Puerto Argentino hacia el continente. El traslado de los heridos desde las islas Malvinas hacia el territorio continental se realizó con los siguientes medios:

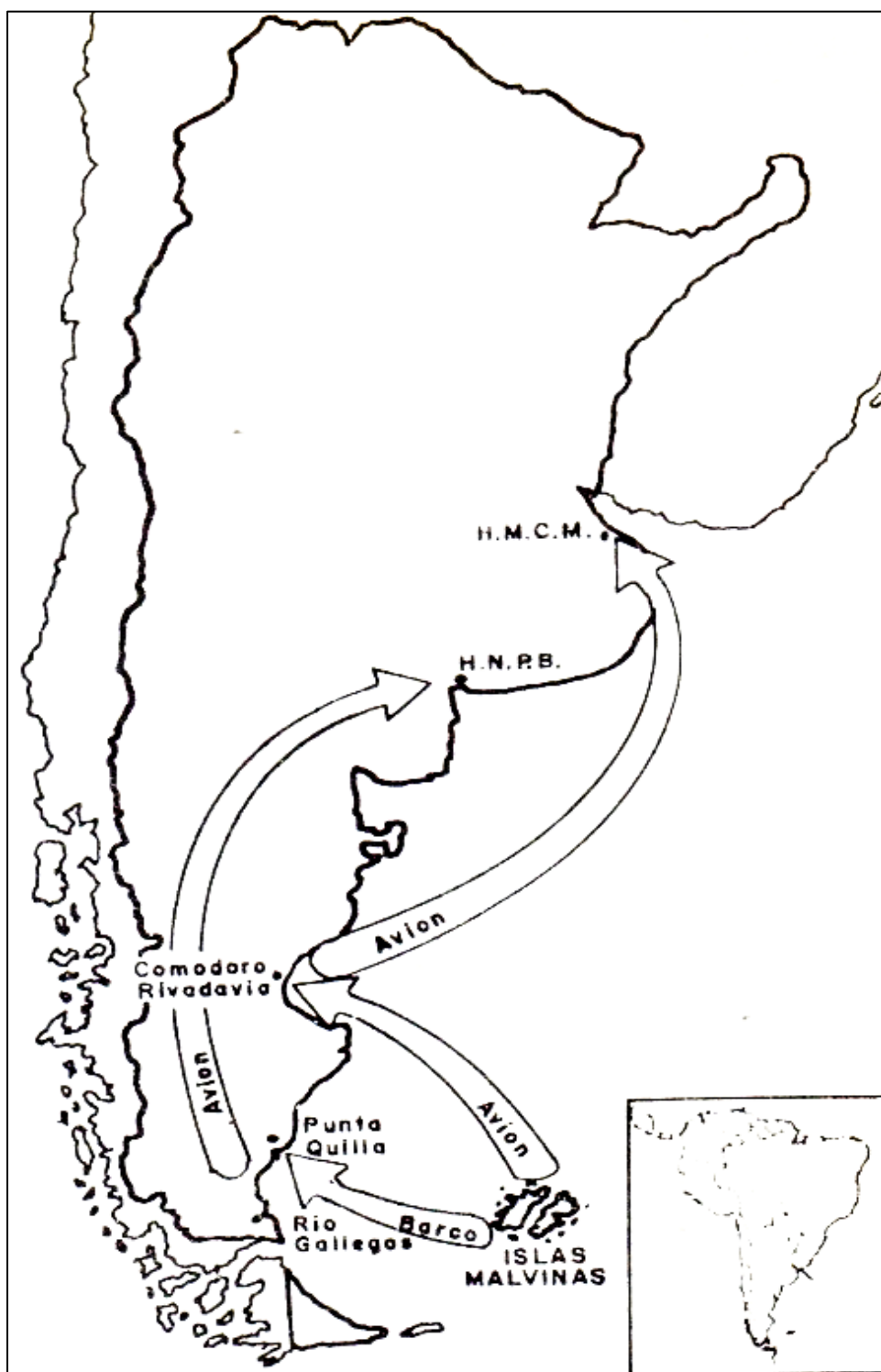
- Aviones Hércules.
- Buque Hospital ARA “Bahía Paraíso”.
- Rompehielos ARA “Almirante Irizar”.

El modo aéreo fue una incógnita constante desde el 1ro de mayo, lo que obligaba a realizar el tratamiento quirúrgico en la forma más definitiva posible sin perder la capacidad asistencial del Hospital. En algunas oportunidades fue necesario retornar con los heridos porque el avión no aterrizó o debió decolar antes de la llegada de las ambulancias al aeropuerto.

El traslado al continente se constituyó realizó de la siguiente forma:

- Vía aérea, exclusivamente, hasta el 1ro de junio.
- A partir de esta fecha se complementó por vía marítima debido a la disposición de los Buques Hospitales ARA “Bahía Paraíso” y “Almirante Irizar”.
- En éstos, previa nueva clasificación, se realizaron las intervenciones quirúrgicas y curaciones necesarias durante la navegación.
- Desde el Hospital Militar de Puerto Argentino se evacuaron hacia el continente mediante el empleo de los medios mencionados anteriormente, 609 pacientes por avión y 62 a través del Buque Hospital ARA. “Bahía Paraíso”. (Ceballos y Buroni, 1992, p.41).

Figura 2: Cadena de evacuación desde las Islas Malvinas y dentro del territorio del continente



Fuente: CEBALLOS, Enrique Mariano y BURONI, José Raúl. La Medicina en la Guerra de Malvinas. Círculo Militar. Buenos Aires. 1992. p. 45

El tratamiento de los heridos. Las circunstancias particulares de la Guerra de Malvinas obligaron a apartarse en algunos aspectos de lo considerado ortodoxo en condiciones de paz.

Los criterios quirúrgicos debieron adaptarse a la situación táctica y medios disponibles.

La asistencia de los heridos estuvo supeditada a una serie de factores y circunstancias:

- Situación geográfica, terreno y clima.
- Despliegue de las unidades de combate.
- Despliegue de las instalaciones de sanidad.
- Situación Táctica.
- Medios de evacuación desde primera línea.
- Personal y medios disponibles en los distintos escalones de Sanidad.
- Prioridades adjudicadas en la clasificación.
- Posibilidades de evacuación al continente.

Durante el período prebélico (anterior al 1ro de mayo), en el que las tropas prepararon el dispositivo de defensa, las heridas asistidas fueron las producidas por accidentes; durante este lapso la evacuación al Hospital Militar se realizó sin dificultades, lo que permitió el tratamiento en oportunidad y con tiempo suficiente, prácticamente como en época de paz, porque la situación táctica así lo permitía.

En el período posterior al 1ro de mayo la actividad médica estuvo dedicada principalmente a la asistencia de los heridos víctimas del bombardeo aéreo y de la artillería naval inglesa, la que en forma sistemática todas las noches batía las posiciones argentinas.

La oscuridad de la noche y la imposibilidad de usar luz artificial para no delatar las posiciones, complicaba significativamente la asistencia inicial y el transporte de los heridos hacia los Puestos de Socorro y al Hospital Militar.

La oportunidad y conducta terapéutica estuvo signada por los siguientes hechos:

- Incertidumbre acerca de las posibilidades de evacuación al continente debido a que el bloqueo inglés era progresivamente más efectivo.
- El accionar táctico del enemigo podría acarrear una gran cantidad de heridos simultáneos y saturar la capacidad asistencial.
- La Isla Gran Malvina, a partir del 21 de mayo, día del desembarco inglés en San Carlos, quedó totalmente aislada de su escalón sanitario superior, el Hospital Militar de Puerto Argentino, tanto para evacuar heridos como para abastecerse.

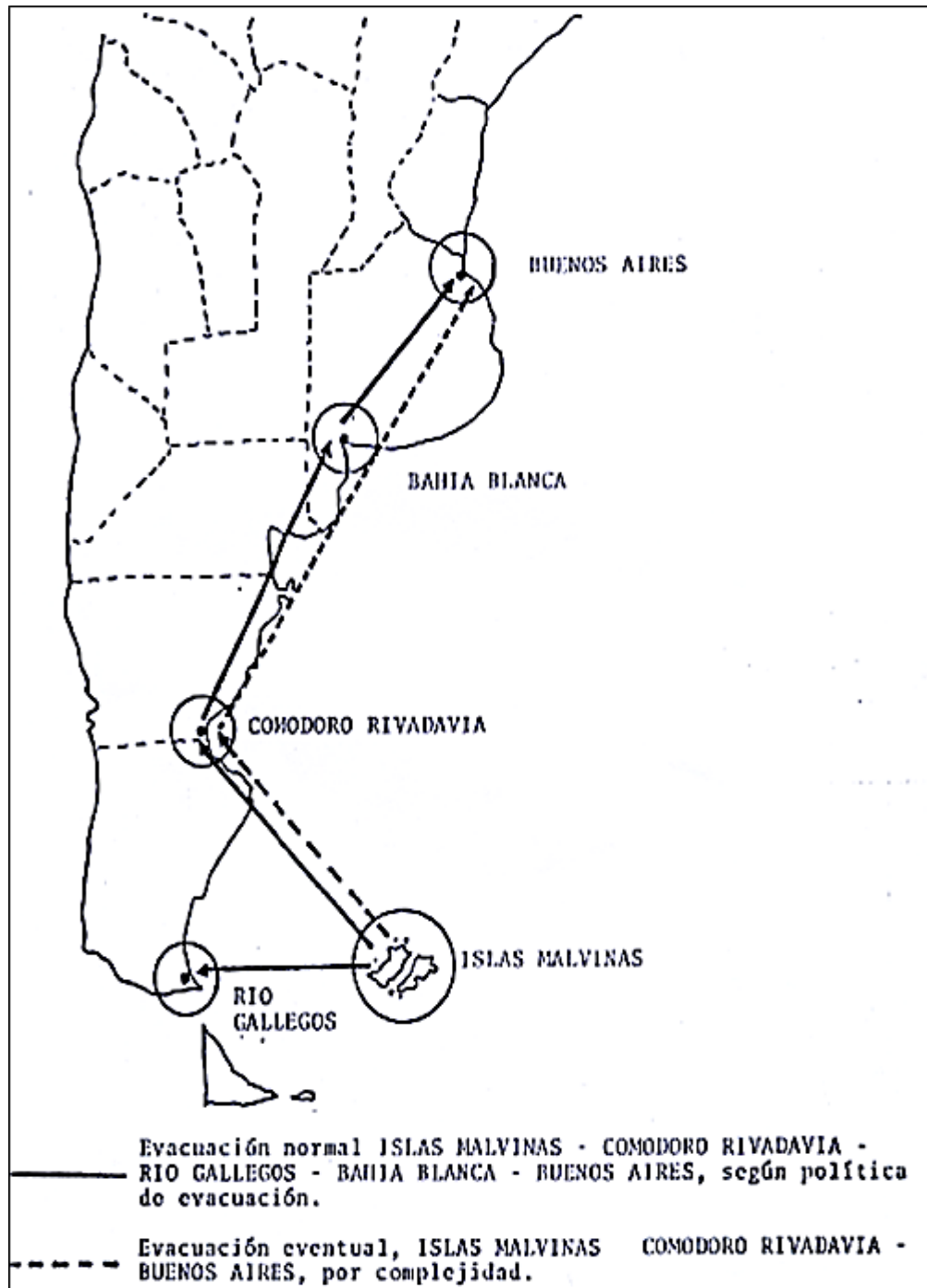
Como surge del análisis expuesto, el tratamiento de los heridos se realizó en condiciones muy desfavorables. (Ceballos y Buroni, 1992, pp, 71-72-73).

Consideraciones sobre la cirugía realizada en el Hospital Militar de Puerto Argentino

A partir de la experiencia quirúrgica obtenida en el Hospital se puede reafirmar que la cirugía de guerra exige:

- cambiar la mentalidad
- cambiar los hábitos
- cambiar la técnica
- cambiar la ética; porque la cirugía se transforma en cirugías de masas, que obliga:
 - En lo táctico; es una cirugía de escalones sucesivos.
 - En lo técnico; realizar gestos simples y efectivos.
 - En lo ético; brindar esfuerzos sobre los que tienen más posibilidades, tarea que exige un gran equilibrio emocional por parte del cirujano, que además muchas veces debe realizarla en condiciones de peligro personal.
- Establecer una clasificación para determinar quienes tendrán acceso al tratamiento. (Ceballos y Buroni, 1992, p, 73).

Figura 3 (Organización del Sistema de Evacuación de heridos y enfermos) A LA OECJE Nro 759/82 (Para la hospitalización, evacuación y apoyo a la recuperación integral de heridos y enfermos)



CR (R) Huergo, M. A. (2011) Apoyo logístico a los elementos del Ejército Argentino que participaron en el Conflicto Malvinas (1982). Planeamiento y Ejecución” (Tesis) Escuela Superior de Guerra, Facultad del Ejército, Buenos Aires, Argentina.

Doctrina utilizada en la función Necrológica en Malvinas

La doctrina utilizada para el servicio necrológico en el conflicto de Malvinas se basó en el reglamento RC (15 – 70) que entró en vigencia en el año 1972.

Esta doctrina fue la base para todo el tratamiento del personal fallecido y sus efectos basándose en lo siguiente.

Este reglamento establece que el registro necrológico es la función que dirige las actividades de búsqueda, rescate, identificación, evacuación y sepultura temporal del personal muerto y cuidado de los efectos personales pertenecientes a los mismos con vistas a mantener la moral, crear condiciones adecuadas de sanidad y cumplir con las leyes y usos de la guerra continental. (ROP 30-03, 1972, p.3)

La misión del registro necrológico será la de proporcionar apoyo a las operaciones militares mediante:

- La búsqueda, rescate (recolección) y evacuación de los restos, del personal militar propio, aliado, enemigo y ciertos civiles.
- La identificación y disposición temporal de dichos restos.
- La recolección y disposición de los efectos personales encontrados con los restos.
- El establecimiento, funcionamiento y mantenimiento de los cementerios militares temporales.
- La preparación de los informes y registros correspondientes. (ROP 30-03, 1971, p.1)
- Está integrado por los distintos elementos de comando, subunidades y fracciones que ejecutan estas actividades en los distintos escalones de comando. Dependerá orgánicamente del servicio de sanidad. (ROP 30-03, 1971, p. 3)

Dentro de las fuerzas terrestres del teatro de operaciones el oficial de sanidad será el responsable de la ejecución de las tareas del registro necrológico del teatro. En tal sentido:

- Ejercerá la supervisión de estado mayor sobre el registro necrológico.

- Asegurará que se mantengan actualizados los datos correspondientes a la situación de recolección y sepultura de los muertos y desaparecidos,
- Dispondrá normas para la coordinación de las operaciones de búsqueda, rescate, evacuación, identificación y sepultura.
- Supervisará el establecimiento y el mantenimiento de los cementerios militares temporales del teatro de operaciones.
- Establecerá contacto con el G-1 a efectos de proporcionar los informes sobre el personal fallecido y coordinar las políticas de; registro necrológico en el teatro. (ROP 30-03, 1971, p.3)

Reglas básicas para su funcionamiento. Las actividades del registro necrológico deberán ajustarse a las siguientes normas de procedimiento:

- Todo el personal que tenga a su cargo actividades propias de registro necrológico, deberá mantener una actitud reverente en el manejo de restos. Los oficiales del registro necrológico en todos los escalones deberán corregir inmediatamente toda tendencia proclive al indebido manipuleo de restos.
- La búsqueda, rescate y evacuación se realizará en tres fases: durante el combate, después del combate y durante el despeje del área.
- La búsqueda será minuciosa y prolija recurriendo a todas aquellas personas que puedan aportar información sobre el personal fallecido.
- El rescate se efectuará cuidadosamente sin desechar restos o fragmentos de los mismos. Los efectos personales serán adecuadamente salvaguardados y no serán retirados de los cadáveres hasta su arribo al cementerio militar temporal.
- La evacuación deberá ser rápida, disimulada y sin entorpecer las acciones de combate y las restantes operaciones de apoyo logístico. Se evitará, dentro de lo posible, dejar restos propios abandonados al enemigo.

- La identificación se hará tan adelante como sea posible. Será un proceso continuo que se iniciará en la oportunidad en que se rescaten los restos y terminará cuando se establezca fehacientemente la identidad de los mismos.
- La inhumación de los restos será realizada en los cementerios militares temporales tan pronto como las circunstancias lo permitan.
- No obstante, situaciones particulares podrán obligar a realizarla en forma aislada. En este caso los restos serán exhumados y evacuados a los cementerios citados en cuanto sea posible. Las sepulturas individuales serán la norma. Los entierros en masa se efectuarán como una medida de emergencia y sólo cuando resulte indispensable por razones de índole sanitaria o moral. (ROP 30-03, 1971, pp. 1-2)

Búsqueda, recolección y evacuación

Durante el combate. Las unidades (subunidades independientes) deberán recolectar el personal fallecido dentro de su área de responsabilidad.

La búsqueda y rescate iniciales serán efectuadas por el pelotón necrológico agregado a la sección sanidad y/o personal de la unidad designado para el registro.

En el momento del rescate el personal que cumple las funciones necrológicas rotulará los restos con un “Rótulo de Identificación de Restos”, en el que se hará constar día y hora de deceso.

Si estos datos fueran estimativos irán precedidos de la sigla “APROX”.

El rótulo de identificación se confeccionará, aunque el personal de la sección sanidad haya completado la tarjeta médica de emergencia con la información sobre el fallecimiento. El rótulo de identificación se asegurará a los restos de igual manera que la establecida para la tarjeta médica de emergencia.

En el rescate no se deberán remover ni quitar ropas, equipos ni efectos personales.

Alrededor de los restos se efectuará una búsqueda de elementos útiles para la identificación. Los que se encuentren acompañarán a los restos sujetos a los mismos de manera segura.

Las placas de identificación insertadas en su cadena y colgadas del cuello no serán quitadas. Si fueran halladas sueltas sobre los restos o en las inmediaciones se colocarán con los medios de identificación dejándose constancia de la forma en que fueron encontradas.

Se deberá intentar una identificación visual de los muertos en el lugar de recolección o previo a la evacuación, de los mismos desde el área de la unidad. Los efectos personales podrán ser examinados a los fines de la identificación, pero no deberán separarse de los restos.

El formulario Informe de Reconocimiento especialmente cuando sea confeccionado por un amigo íntimo o por un miembro de la unidad a que pertenecía el fallecido, resultará de mucha utilidad para establecer la identificación de los restos. Este formulario se utilizará cuando no se recupere el medio de identificación (placas) conjuntamente con los restos o cuando exista alguna razón para dudar sobre la identidad del muerto. Cuando se considere necesario, se citará al personal al lugar de Reunión Necrológico o al Cementerio para identificar visualmente los restos y firmar el informe de reconocimiento.

Este informe deberá obtenerse sólo de un individuo que haya conocido al fallecido y pueda identificar positivamente los restos. El informe de reconocimiento será colocado en el legajo personal del fallecido. (ROP 30-03, 1971, pp. 10-11)

Después del combate. Esta fase tendrá por finalidad completar las operaciones iniciadas durante el combate y será llevada a cabo por las unidades dentro de sus zonas con sus medios propios y/o agregados tan pronto como sea posible.

Los elementos de registro necrológico de la brigada ejecutarán y apoyarán esta fase en las áreas donde las fuerzas estuvieron empeñadas en combate con el propósito de localizar, antes del desplazamiento de las tropas, los restos no recolectados.

El oficial de registro necrológico responsable de la búsqueda en un área particular deberá mantener estrecho enlace con el oficial que tiene a su cargo la información sobre bajas (G1) o fin de obtener la información segura y actualizada requerida para el planeamiento y la conducción adecuada de la búsqueda en esta área. Antes de comenzar una búsqueda el jefe de equipo deberá dar las instrucciones necesarias sobre la misión a cumplir, asignando las tareas y áreas a cada hombre, proporcionándoles las cartas o calcos necesarios y la información exacta, cuando se disponga, sobre el personal a ser buscado.

La búsqueda se efectuará en los lugares utilizados por las tropas como cubiertas, tales como: detrás de terraplenes, montículos de tierra, rocas, árboles, orillas de arroyos, trincheras, casamatas y edificios derruidos. Deberá efectuarse la búsqueda en las zonas de bosques densos y en otras zonas donde se haya recibido información de que se estrellaron aviones.

Los civiles del lugar, cuando los hubiera, podrán brindar información sobre aeronaves estrelladas, tanques destrozados y estado de las tripulaciones. Se utilizará el cuestionario a formular a los habitantes locales respecto al personal fallecido.

Los restos encontrados en el terreno o exhumados de sepulturas de emergencia serán rotulados y se les asignará un número de recolección antes de su evacuación al lugar de reunión necrológico o cementerio. Cuando se exhumen restos enterrados apresuradamente se efectuará una búsqueda en la tierra de la sepultura a fin de localizar partes perdidas de los mismos y elementos que puedan servir como medios de identificación.

En los casos de recolección múltiple de cadáveres deberá prepararse un croquis que muestre en detalle la ubicación exacta del lugar de rescate o de inhumación e indique la posición relativa de los cadáveres.

Cuando se exhumen restos enterrados se colocará una estaca en el lugar. Se inscribirá en la misma el nombre si es conocido, y número y fecha de rescate. Además, se colocará dentro de

una botella un papel con los mismos datos y se la enterrará 0,30 m debajo de la superficie de la tierra.

Los restos deberán ser mantenidos en todo momento cubiertos, salvo en el momento de la identificación. Las ropas y equipos encontrados en los cadáveres no deberán ser removidos excepto cuando sea necesario hacerlo para determinar la identidad de los restos.

Una vez que los efectos personales han sido retirados y precintados en un saco o bolsa de efectos, como así mismo los restos cubiertos con la ropa que tenían al tiempo de rescatarse, serán colocados en un saco para restos humanos u otra mortaja adecuada. El equipo encontrado en las adyacencias de los muertos será colocado en el saco o mortaja. Si no se dispusiera de sacos los restos serán envueltos en mantas, abrigo u otro efecto y el equipo será asegurado convenientemente al mismo.

Deberá confeccionarse el formulario Registro de recolección de restos para cada uno de los restos de personas desconocidas rescatados. El formulario inicial será llenado a lápiz por la persona que efectúe el rescate y estará provisto de papeles adicionales como calco de zona, declaraciones de los civiles, etc. Este formulario deberá ser enviado con los restos al cementerio.

El procedimiento de evacuación es similar al que se desarrolla durante el combate. (ROP 30-03, 1971, pp. 11-12-13)

Despeje del área. La fase de despeje del área comprenderá la búsqueda y rescate finales en cada una de las áreas donde las fuerzas estuvieron empeñadas en combate. La planificación y tareas ejecutivas estarán a cargo del registro necrológico del cuerpo de ejército. El propósito es rescatar y evacuar todos los restos no recolectados durante y después del combate. (ROP 30-03, 1971, p.13)

Búsqueda final. La búsqueda en el área se iniciará lo más pronto que las situaciones tácticas y logísticas lo permitan. La extensión de las operaciones de búsqueda en cada una de las áreas será determinada por los comandantes responsables basados en los siguientes datos:

- Informes de bajas.
- Informes de tripulaciones desaparecidas (aéreas, de blindados, etc).
- Otros informes de personas desaparecidas.
- Informes de otros comandos.
- Descripción de las acciones de combate.
- Cartografía de las áreas de búsqueda.
- Toda otra información disponible que se considere de valor.

Previo al envío de equipos de búsqueda a un área específica, se propalará una información adelantada a través de la prensa escrita, radios y otros medios públicos a fin de alertar a la población sobre las operaciones de búsqueda a llevarse a cabo en sus comunidades. El personal de búsqueda deberá tomar contacto e interrogar a las autoridades locales, militares y civiles, con referencia al conocimiento que pudieran tener sobre restos o inhumaciones e indicios posibles que pudieran servir de guía para la localización de los restos. Para este fin se usará el formulario Cuestionario a formular a los habitantes locales.

Los comandos que tengan responsabilidad zonal para la búsqueda final en un área particular prepararán y remitirán los casos de búsqueda a las unidades de Registro Necrológico correspondientes a fin de que las mismas puedan conducir la búsqueda apropiada sobre una carta topográfica.

Los casos de búsqueda final incluirán una carta con calco del área a ser registrada, una breve narración de la acción de combate y de los aviones estrellados, como asimismo la nómina del personal fallecido y desaparecido en el área de referencia.

El método de la búsqueda a emplear en el área indicada en el calco dependerá de la búsqueda requerida en esa área particular.

Las áreas donde las bajas fueron importantes como resultado de una lucha intensa (en un combate cercano, por ejemplo) requerirán que los equipos de búsqueda efectúen un registro completo, cubriendo cada metro de área.

La búsqueda en áreas de este tipo deberá ser conducida mediante el empleo de equipos de búsqueda en una formación similar a la línea de tiradores, pero con el personal en línea más apretada para asegurarse que se cubra cada metro del terreno. Cualquier alteración del terreno deberá ser completamente revisada poniendo particular énfasis en la búsqueda a lo largo de los setos, detrás de bancos de arena o paredes, en los edificios y casamatas ya demolidos y otros lugares generalmente usados como cubiertas por las tropas.

Deberá efectuarse un registro completo a fin de localizar medios de identificación, efectos personales y porciones de cadáveres faltantes. (ROP 30-03, 1971, pp.13-14)

Rescate y evacuación. Cuando sea posible se efectuará la identificación tentativa en el lugar del rescate. Los restos serán rotulados y colocados en un saco para restos humanos. Los efectos personales encontrados sobre, los restos y otros elementos útiles como medios de identificación serán colocados en un saco o bolsa de efectos que será precintado y se asegurará a los restos a que pertenecen.

Los restos serán evacuados a un lugar de procesamiento o cementerio militar temporal mediante vehículos proporcionados por el cuerpo de ejército. Eventualmente la evacuación se fiará a un lugar de reunión necrológico de nivel gran unidad de batalla. (ROP 30-03, 1971, p.14)

El funcionamiento Necrológico en Malvinas

A continuación, se describirá la ejecución de la función del servicio necrológico empleado en la guerra de Malvinas.

Búsqueda, recolección y evacuación de cadáveres. La búsqueda, recolección y evacuación de los cadáveres se realizó hasta el 21 de mayo en ambas islas de la misma manera que se hacía con los heridos.

La búsqueda y recolección se efectuaba con medios de la Unidad, y la evacuación se realizaba con vehículos de la misma, o helicópteros o eventualmente ambulancias del Hospital Militar de Puerto Argentino.

Hasta el 21 de mayo la evacuación se hacía hacia el Hospital Militar de Puerto Argentino.

A partir de esa fecha, esta función en la Isla Gran Malvina quedó librada a los medios disponibles en la misma, y la sepultura se realizó en Howard y Bahía Fox por personal de sanidad.

En la Isla Soledad, los muertos argentinos del combate de Darwin Goose Green fueron sepultados en esa localidad por los ingleses. Los muertos argentinos del combate de Puerto Argentino, algunos fueron recolectados y evacuados por los ingleses y otros por los argentinos, pero la sepultura de todos la realizaron los ingleses.

Identificación y registro. El Ejército se hizo cargo del Registro Necrológico de las tres Fuerzas Armadas, para lo cual organizó una Sección Necrológica con personal del Hospital Militar de Puerto Argentino, bajo dependencia del Oficial de Personal del Estado Mayor de las Fuerzas que operaban en las Islas.

Se estableció un depósito de cadáveres en una tienda de campaña instalada en las inmediaciones del Hospital Militar de Puerto Argentino.

La identificación de los cadáveres ofreció dificultades por la falta de placas de identificación en muchos de ellos. En la mayor parte de los casos se realizó por los datos de filiación que brindaban las personas que concurrían trayendo el cadáver y que habitualmente eran camaradas de la Unidad del extinto.

Un médico, que formaba parte de la Sección Necrológica certificaba la muerte y se expedía acerca de la causa aparente de muerte. Se llevaba un libro de Registro Necrológico en el Hospital Militar de Puerto Argentino. Con la identificación del cadáver y el establecimiento de la causa aparente de muerte se procedía a confeccionar el certificado de defunción el que era remitido al Gobierno Militar de las Islas, que lo transformaba en Partida de Defunción, lo que daba el sello legal al hecho. Este procedimiento administrativo sólo se realizó con los cadáveres que pasaron por el Hospital Militar de Puerto Argentino, que fueron 44.

Sepultura. El Gobierno de las Islas dispuso de un predio adyacente al cementerio que los malvinenses tenían en Puerto Argentino donde se constituyó el cementerio militar. Se excavaron en él un número aproximado de 40 tumbas con retroexcavadoras de Vialidad Nacional, trasladadas desde el continente para diversos fines.

La Sección Necrológica del Hospital Militar de Puerto Argentino procedió a dar sepultura a 32 cadáveres. Los primeros fueron sepultados vestidos, en bolsas de dormir y el resto fueron sepultados en bolsas de plástico.

Los cadáveres eran llevados desde la carpa necrológica hasta el cementerio por personal de la Sección Necrológica y vehículos del Hospital Militar de Puerto Argentino, cuando la situación táctica lo permitía.

En todos los casos posibles, durante el entierro, los sacerdotes brindaban el correspondiente servicio religioso, y se rendían honores militares por parte de personal de la Unidad a la que pertenecía el extinto. Las tumbas eran identificadas con una cruz con el nombre del fallecido.

Al finalizar la batalla de Puerto Argentino y entregar el Hospital Militar a los ingleses, el 15 de junio, se entregaron 12 cadáveres que permanecían en la carpa necrológica, debido a que a partir del 11 de junio dejó de funcionar el sistema de entierros. A partir de esa fecha las funciones de recolección, evacuación y entierro de cadáveres quedaron en manos de los ingleses. (Ceballos y Buroni, 1992, pp.47-48).

Conclusiones Parciales

La experiencia del conflicto por las Malvinas demuestra que dentro de la función de sanidad la clasificación es una de las más importantes debido a que hace aprovechar al máximo los esfuerzos del tratamiento y evacuación para beneficiar al mayor número de heridos mediante la administración de los medios de personal y tecnológicos.

Es una de las funciones que requiere mayor experiencia y preparación porque solamente un profesional experimentado, podrá evaluar eficientemente el estado de cada uno de los heridos para determinar la conducta a seguir con él, según la patología y las disponibilidades, efectuando una evaluación del pronóstico.

Exige el trabajo más extenuante, porque es un proceso continuo a medida que afluyen las bajas, y efectúa reclasificación en el mismo lugar según la evolución del paciente y los cambios en la situación táctica.

La que exige el mayor coraje, porque debido a que la limitación de medios no permite una óptima atención médica para todos. El médico clasificador llevará sobre sus espaldas la responsabilidad de determinar quiénes no recibirán la mejor atención, lo que implica el riesgo que heridos leves sufran complicaciones serias, de clasificar como irreuperables heridos que hubieran podido ser recuperados y de desperdiciar esfuerzos en pacientes no recuperables en detrimento de los recuperables. (Ceballos y Buroni, 1992, pp, 61-62).

La falta de conocimiento de la doctrina sobre la función necrológica por parte del personal de cuadros y tropa fue una de las causas que dificultó el reconocimiento de cadáveres posteriormente al conflicto por no cumplirse con las normas básicas sobre el manejo de estos y de haberse instruido al personal en la paz respecto a estas acciones se hubieran evitado cometer muchos errores básicos en el tratamiento de los fallecidos.

En resumen, la experiencia en el conflicto de las Malvinas resalta la importancia crítica de la preparación, la toma de decisiones y la capacitación adecuada en las funciones de sanidad y

necrológica en situaciones de combate. Las lecciones aprendidas de este conflicto subrayan la necesidad de una formación exhaustiva y la aplicación efectiva de la doctrina para garantizar una atención médica y un tratamiento de los fallecidos óptimos en condiciones adversas.

Capítulo II: El apoyo logístico de Sanidad y Necrológico en la actualidad

Este capítulo se enfocará, en particular en la doctrina actual relacionada con el apoyo logístico de personal en las funciones de sanidad y necrológico. Es relevante destacar que gran parte de esta doctrina se remonta al conflicto de Malvinas y continúa vigente en la actualidad.

La doctrina específica a la que se referirá es la descrita en los reglamentos ROD 19-01 "Reglamento de logística de personal" y PC 24-04 "Sanidad para la acción militar conjunta". A través de un análisis detallado de estos, se procederá a realizar una comparación con la doctrina específica que estuvo en uso en el año 1982.

Este enfoque permitirá comprender cómo ha evolucionado la doctrina en el ámbito del apoyo logístico de personal en sanidad y necrológico a lo largo del tiempo, identificando las posibles modificaciones y adaptaciones que se han realizado desde el conflicto de Malvinas hasta la actualidad

La función de sanidad en la actualidad

A continuación, se expondrá lo referido a la función de Sanidad y Necrológica en el ROD 19-01 Reglamento logística de personal del año 2004.

La sanidad es la función logística del área personal relacionada con la selección, mantenimiento y recuperación de la aptitud psicofísica del personal, su evacuación, hospitalización, reingreso del personal recuperado al sistema de reemplazo y tareas de sanidad afines a la función necrológica.

Conceptos básicos. Es la función de personal relacionada con la conservación y recuperación de la aptitud psicofísica del personal, su evacuación, hospitalización, y las tareas afines que hacen a otras funciones de personal (selección psicofísica del personal y reingreso del personal recuperado al sistema de reemplazos, llevar control del registro necrológico).

El eficiente cumplimiento de esta función incrementará el estado moral del personal y, a través de ella, se contribuirá a alcanzar la máxima eficiencia de combate. (ROD 19-01, 2004, p.135)

Definiciones. Serán las siguientes:

Criterio de evacuación. Determina y regula el flujo de las evacuaciones, desde el escalón unidad hacia las instalaciones hospitalarias de los sucesivos escalones superiores.

Criterio de hospitalización. Es el período de tiempo que expresa la cantidad máxima de días que un paciente puede estar hospitalizado en el teatro de operaciones.

A efectos de llevar a cabo un adecuado planeamiento para el eficiente apoyo de sanidad, será necesario conocer en qué medida los pacientes podrán ser retenidos para su tratamiento. El criterio de evacuación será establecido por el Estado Mayor Conjunto, de acuerdo con las proposiciones del Comandante del teatro de operaciones.

La aplicación de este principio evitará pérdidas innecesarias de personal para el combate y proporcionarán mejor tratamiento.

Sistema de evacuación y hospitalización. El sistema de evacuación y hospitalización deberá ser integrado. Estará destinado a liberar a las tropas de sus bajas, devolviéndolos cuanto antes al servicio.

Los principios básicos de la evacuación y hospitalización. La hospitalización deberá ser realizada lo más próximo posible a las tropas que se encuentran en la zona de combate.

Se deberá devolver al servicio en el teatro de operaciones, la mayor cantidad posible de personal.

Todos los medios de transportes serán utilizados para la evacuación, dependiendo su selección de la situación, condiciones de los pacientes, instalaciones y modos disponibles.

En cada instalación de sanidad, dentro del sistema de evacuación y hospitalización, los pacientes serán clasificados en las siguientes categorías: quienes puedan ser tratados en la

instalación, quienes deban continuar su evacuación, y quienes estén en condiciones de volver al servicio.

El planeamiento de las evacuaciones deberá prever la utilización de medios de transporte de alternativa.

Las grandes extensiones, propias de los posibles teatros de operaciones que se presentan en el territorio nacional, requerirán que las aeronaves sean empleadas al máximo. Sin embargo, deberá tenerse presente su posible discontinuidad, debido a la acción del enemigo, las condiciones meteorológicas y/o su re adjudicación. Por esta razón, los medios de evacuación terrestres deberán estar disponibles, y las instalaciones de sanidad emplazadas de tal manera que permitan la continuidad del apoyo. (ROD 19-01, 2004, pp.135-136)

Principios generales. Estarán normados por lo siguiente:

Responsabilidad primaria de todo comandante. El apoyo de Sanidad constituirá una responsabilidad primaria de todo Comandante/Jefe para con sus elementos subordinados, en todos los distintos niveles de la conducción. Tal responsabilidad incluirá la planificación y ejecución de medidas tendientes a:

- Reducir la cantidad de bajas producidas por causas sanitarias, mediante la implementación de eficientes acciones de promoción y protección de la salud y medicina preventiva.
- Proporcionar prioritariamente, el máximo apoyo posible de sanidad a aquellas Fuerzas que se encuentren mayormente empeñadas, cuyo empleo exija una mayor concentración de fuerzas o una mayor cantidad de movimientos bajo el fuego enemigo.
- Capacitar a todo el personal que le dependa en las técnicas de sanidad de primeros auxilios, para garantizar la atención inmediata al personal herido o enfermo, a fin de mantenerlos en las mejores condiciones posibles hasta la llegada de personal especialista.

Evacuación a la instalación más adecuada. Las bajas (heridos, enfermos y lesionados) que requieran un período prolongado de atención, serán rápidamente evacuados hacia retaguardia para evitar interferencias en el desarrollo de las operaciones. Esta evacuación no deberá realizarse más a retaguardia del lugar (instalación sanitaria), donde pueda recibir la atención necesaria para su retorno al servicio.

Sistematización del apoyo de sanidad. La ejecución del apoyo de sanidad en el TO será concebida como un sistema, compuesto por diferentes subsistemas con funciones y técnicas de ejecución particulares, los cuales, adecuadamente interrelacionados, concretarán la misión general de apoyo asignada y permitirán:

- Proporcionar el apoyo de sanidad necesario a la mayor cantidad de elementos.
- Obtener continuidad en el servicio, desde que se inicia o produce una enfermedad, lesión o herida, hasta completar el tratamiento final. La actuación de los elementos responsables de sanidad no estará cumplida hasta que sus funciones hayan sido asumidas por otros.
- Racionalizar la cantidad y tipo de las instalaciones sanitarias a emplear.
- Alcanzar un óptimo grado de simplicidad y rapidez en la ejecución del apoyo.

Movilidad. Los elementos de Sanidad deberán conservar su movilidad tanto como les sea posible, estableciendo sus instalaciones solamente en forma parcial, e incrementándolas gradualmente hasta que la situación imponga el empleo total de sus medios. Una vez que éstos hayan sido totalmente empeñados, la única forma de recuperar la movilidad consistirá en la rápida evacuación de los pacientes existentes.

Flexibilidad. El apoyo de sanidad en el TO deberá ser flexible.

Este principio podrá ser cumplido si se cuenta con una adecuada reserva de sanidad.

Las variantes de la situación podrán obligar a efectuar una rápida redistribución de los medios, por lo que todo comandante/jefe deberá mantener unidades (Subunidades) de sanidad como reservas, de la misma forma que ocurre con los elementos de combate.

Cuando su reserva de sanidad haya sido empeñada o resulte inoperante, la primera responsabilidad del oficial de sanidad será reconstituir su reserva con medios provenientes de las unidades (subunidades) ya empeñadas. Esta nueva reserva podrá consistir en una unidad (subunidad) o en la disponibilidad de créditos en ciertas instalaciones (Ej: crédito de camas en determinados hospitales).

Cuando esto resulte imposible, se deberá, recién entonces, solicitar refuerzos. (ROD 19-01, 2004, pp.136-137-138)

Actividades de la función Sanidad

Selección psicofísica del personal. Es el conjunto de medidas que consisten en relacionar al personal con los requerimientos psicofísicos establecidos, de acuerdo con las necesidades orgánicas, contribuyentes a la determinación de sus aptitudes ocupacionales, con el fin de alcanzar la máxima eficiencia de las organizaciones.

Medicina preventiva. Es el conjunto de medidas relacionadas con la promoción y protección de la salud, tendientes a mantener al individuo en óptimas condiciones psíquicas y físicas.

Evacuación. Es la actividad que consiste en trasladar a las bajas (enfermos y heridos), desde el lugar donde se produzca la afección hasta las instalaciones de sanidad, donde se les proporcionará el tratamiento inicial, y los posteriores desplazamientos, de acuerdo con las necesidades, a través del sistema de evacuación.

Hospitalización. Es la actividad que comprende la atención sanitaria y el tratamiento del personal, proporcionado en un hospital, para posibilitar la recuperación del enfermo o herido en la forma más rápida y adecuada posible.

Recuperación. Es la actividad que consiste en el retorno del personal al estado de actividad en óptimas condiciones.

Abastecimiento y mantenimiento de efectos de sanidad. Es el conjunto de medidas tendientes a mantener los niveles de abastecimiento de efectos de sanidad adecuados para el desarrollo de las operaciones, y a conservar o restituirles sus condiciones de uso. Estas actividades serán conducidas bajo la responsabilidad del campo de logística de material.

Contribuyentes a otras funciones. La función sanidad incluirá, además, determinadas tareas que contribuyen a otras funciones. (ROD 19-01, 2004, pp.138-139)

Tareas de la función Sanidad

Para las actividades de selección psicofísica del personal. Podrán ser: Formulación de proposiciones, al nivel de comando que corresponda, relativas a los requisitos físicos y psíquicos a reunir por el personal.

- Examen psicofísico.
- Evaluación.
- Clasificación.
- Registro.

Para las actividades de medicina preventiva. Podrán ser:

- Control de enfermedades transmisibles.
- Control del estado higiénico del personal, vestuario, equipo e instalaciones.
- Examen periódico del personal.
- Fiscalización de las condiciones de nutrición, instrucción, trabajo y recreación.
- Mantenimiento de la salud mental del personal, mediante la psiquiatría preventiva.
- Difusión de información sanitaria sobre enfermedades existentes que afecten la salud del personal y medidas de prevención adecuadas.

Instrucción del personal. Referida a aspectos como:

- Sanidad e higiene personal.
- Precauciones y acciones en caso de accidentes por actividades riesgosas.
- Defensa contra agentes QBN.
- Primeros auxilios.

Cuando no se cuente con servicio de veterinaria:

- Control de abastecimiento y tratamiento de agua.
- Fiscalización de la cantidad, calidad y preparación de los alimentos.
- Desinfección, desinsectación y desratización.

Para las actividades de evacuación, podrán ser:

- Determinación del criterio de evacuación.
- Procedimiento de evacuación a emplear.
- Ejecución de la evacuación, de acuerdo con las normas para el traslado de heridos.

Para las actividades de hospitalización, podrán ser:

- Instalación y operación de los lugares de hospitalización.
- Registro de ingreso (fecha, lugar y hora de llegada y diagnóstico).
- Recepción, examen y clasificación.
- Información y atención proporcionada en la instalación que corresponda.
- Curaciones y tratamiento provisorio y/o definitivo.

Para las actividades de recuperación, podrán ser:

- Evaluación psicofísica.
- Registro.
- Traslado desde la instalación sanitaria hacia la unidad de origen, o a la instalación que corresponda del sistema de reemplazos.

Para las actividades de abastecimiento y mantenimiento de efectos de sanidad, podrán ser:

- Determinación de necesidades de efectos de sanidad.
- Obtención de efectos de sanidad.
- Almacenamiento de efectos de sanidad.
- Distribución de efectos de sanidad.
- Evacuación de efectos de sanidad.
- Inspección de efectos de sanidad.
- Conservación de efectos de sanidad.
- Reparación de efectos de sanidad.
- Recuperación de efectos de sanidad.
- Eliminación de efectos de sanidad.

Para las actividades contribuyentes a la función necrológica, podrán ser:

- Identificación de muertos por medio de procedimientos técnicos específicos, cuando no haya sido posible hacerlo oportunamente.
- Identificación, búsqueda y evacuación de restos provenientes de instalaciones sanitarias.
- Registro e informes de muertos en instalaciones sanitarias, sean propios o enemigos, a los organismos internacionales que correspondan. (ROD 19-01, 2004, pp.139-140-141)

Responsabilidades. Los comandantes, en todos los escalones, serán los responsables de proporcionar adecuada atención médica al personal que le dependa.

Asimismo, los comandantes serán los responsables de observar y hacer cumplir los tratados, convenciones, leyes y usos de la guerra continental en vigor, con respecto al cuidado de la salud de los prisioneros de guerra, internados civiles y ciudadanos enemigos, amigos y neutrales.

Cada escalón de comando dispondrá de su respectivo oficial de sanidad, hasta el nivel batallón inclusive, para asesorar al comandante en el cumplimiento de sus responsabilidades al respecto.

El jefe de personal (G1/S1) ejercerá supervisión de estado mayor sobre las actividades del oficial de sanidad en todo aquello relacionado con la función, tendiente al mantenimiento de la aptitud psicofísica del personal.

En particular, orientará y proporcionará la información necesaria al oficial de sanidad para el eficiente funcionamiento del sistema de sanidad adoptado.

Asimismo, coordinará, con los restantes miembros del estado mayor general y especial en todas las actividades relacionadas con la función y, específicamente con el jefe de logística de material (G4/S4), las necesidades para el abastecimiento y mantenimiento de los efectos de sanidad, transporte para la evacuación de heridos y muertos, disponibilidad de instalaciones, etc. (ROD 19-01, 2004, pp.141-142)

Características generales del apoyo de sanidad en los distintos niveles dentro del teatro de operaciones

Conceptos generales. El apoyo de sanidad será proporcionado con el concepto de superior a subalterno, de manera tal, que cada uno de los niveles superiores refuerce a los niveles inferiores que apoye, de acuerdo con las necesidades. (ROD 19-01, 2004, p.142)

Organización del sistema de sanidad. La organización del servicio de sanidad en el teatro de operaciones comprende los apoyos proporcionados a los distintos escalones de comando: Unidad, GUC, GUB y, en la Zona de Comunicaciones por las instalaciones dependientes del comando logístico del componente ejército del teatro de operaciones. (ROD 19-01, 2004, p.142)

Apoyo de sanidad a nivel Unidad. Será proporcionado por el elemento de sanidad orgánico de la unidad apoyada, cumpliendo las siguientes funciones:

- Tratamiento de sanidad de emergencia proporcionado en el lugar donde se produzca la herida, enfermedad o lesión, o en sus proximidades (lugares de reunión de pacientes o refugio de heridos).

- Evacuación de superficie de los pacientes hacia la instalación de sanidad más próxima, a los fines del tratamiento y evaluación profesional inicial, dentro de su capacidad.
- Administración de su programa básico de medicina preventiva. (ROD 19-01, 2004, p.143)

Apoyo de sanidad a nivel Gran Unidad de Combate (GUC). Será proporcionado por las instalaciones de sanidad emplazadas en el sector de responsabilidad de la GUC, cumpliendo las siguientes funciones:

- Evacuación de superficie de los pacientes desde los puestos de socorro y/o enfermerías.
- Provisión de tratamiento definitivo y/o provisorio, dentro de las capacidades del puesto principal de socorro.
- Tratamiento odontológico de emergencia.
- Apoyo de abastecimiento de sanidad.
- Mantenimiento de los efectos de sanidad.
- Apoyo psiquiátrico limitado.
- Apoyo de Registro necrológico.
- Instalar y operar hasta 2 (dos) PPS y/ o 9 (nueve) L Reun Pac o L R Her.
- Colaborar con la evacuación de pacientes hacia las instalaciones del escalón superior.
- Proporcionar Apoyo de Abastecimiento de Efectos Clase II y IV de Sanidad a los Elementos de la Brigada, incluyendo la obtención, almacenamiento, distribución y/o evacuación.
- Ejecutar inspección de los alimentos.
- Proporcionar Apoyo de Sanidad al Batallón Logístico.
- Defender las instalaciones contra los ataques terrestres. (ROD 19-01, 2004, p.143)

Apoyo de sanidad a nivel Gran Unidad de Batalla (GUB). Será proporcionado por las instalaciones de sanidad emplazadas en el sector de responsabilidad de la GUB, sobre una base de apoyo zonal, cumpliendo las siguientes funciones:

- Evacuación de superficie y por aire (Aero médica) de los pacientes, desde las instalaciones de la GUC, y entre las instalaciones que se encuentren en la zona de la GUB.
- Tratamiento definitivo y/o provisorio, dentro de sus capacidades.

Apoyo completo de:

- Odontología.
- Medicina preventiva.
- Abastecimiento y mantenimiento de efectos de sanidad.
- Inteligencia de sanidad. (ROD 19-01, 2004, p.144)

Apoyo de sanidad en la Zona de Comunicaciones. Será proporcionado por las instalaciones de sanidad emplazadas en la misma, cumpliendo las siguientes funciones:

- Evacuación de pacientes desde las instalaciones de sanidad de la zona de combate, y entre las instalaciones que se encuentren en la zona de comunicaciones.

Apoyo completo de:

- Odontología.
- Medicina preventiva.
- Abastecimiento y mantenimiento de efectos de sanidad.
- Laboratorio de sanidad
- Inteligencia de sanidad. (ROD 19-01, 2004, p.144)

La función Necrológica en la actualidad

Conceptos generales. Según lo descrito en el reglamento ROD 19-01 Logística – Personal, la función necrológica es aquella que dirige las actividades de búsqueda, rescate, identificación, evacuación y sepultura temporal del personal fallecido, y cuidado de los efectos personales pertenecientes a los mismos, con vistas a mantener la moral, crear condiciones adecuadas de sanidad, y cumplir con el derecho internacional de los conflictos armados.

Un eficiente desarrollo de la función necrológica influirá en la moral del combatiente, en la población civil del teatro de operaciones, y en los deudos del personal fallecido, actuando asimismo en la moral de la propia población. (ROD 19-01, 2004, p.127)

Principios generales. Su aplicación resultará esencial para el eficaz desarrollo de la función serán:

- Actitud reverente en el manejo de los restos
- Búsqueda minuciosa y prolija.
- Rescate cuidadoso, sin desechar restos o fragmentos de éstos, con adecuada salvaguarda de los efectos personales.
- Evacuación rápida, disimulada, y sin entorpecer las operaciones.
- La identificación se hará lo más adelante posible.
- Inhumación, tan pronto como las circunstancias lo permitan
- Rapidez y exactitud en el completamiento de los registros e informes administrativos.

(ROD 19-01, 2004, p.127)

Actividades de la función necrológica. Para la actividad de búsqueda, identificación, recolección y lo relacionado con cementerios militares.

- Búsqueda, recolección y evacuación de los restos de personal militar (propio, aliado o enemigo) y civil.
- Identificación y disposición temporal de restos.

- Recolección y disposición de efectos personales.
- Establecimiento, funcionamiento y mantenimiento de los cementerios militares temporales y permanentes.
- Preparación de registros e informes. (ROD 19-01, 2004, p.128)

Tareas de la función necrológica. Para la actividad de búsqueda, recolección y evacuación de los restos del personal militar y de civiles:

- Búsqueda sistemática de muertos.
- Confección del primer informe sobre el muerto encontrado.
- Recolección de muertos.
- Transporte al lugar de reunión de muertos
- Evacuación desde el lugar de reunión de muertos al escalón superior.
- Ejecución de entierros aislados (como último recurso).
- Ejecución de entierros en masa en el campo de combate (como medida de emergencia).
- Asesoramiento técnico a fracciones no especialistas.
- Informe sobre situación de recolección de muertos.
- Informe sobre sepulturas de muertos en el campo de combate (aisladas o masivas).

Para las actividades de identificación y disposición temporal de los restos de personal militar y civil:

Examen de cadáver. Relacionado con recolección de datos.

- Datos de filiación: color de la piel, ojos, nariz, talla, peso, etc.
- Señas particulares visibles.
- Datos dactiloscópicos.
- Edad aproximada

Examen de vestimenta, equipos y armamento. Sobre todo, el material que se encuentre en los cadáveres y la zona en donde se halle.

Examen de documentos que portaba, placa de identificación, símbolos, amuletos, etc.

- Determinación de nombre y apellido, fecha de nacimiento, nacionalidad, unidad a la que pertenecía, grado, etc.
- Determinación de su condición de civil (propio, aliado o enemigo), partisano, etc.
- Determinación del lugar exacto donde se encontró.
- Determinación de la importancia militar del fallecido (Jefe, Cte, científico, etc).
- Determinación de datos de interés de inteligencia.
- Determinación de su condición de desertor o personal enemigo extraviado.
- Disposición del cadáver para su examen por el elemento de inteligencia.
- Confección de informes.
- Elevación y/o archivo de informes.
- Requerimientos a especialistas.

Para las actividades de recolección y disposición de efectos personales.

- Recolección y reunión de todos los efectos personales y equipo (excepto los de interés para inteligencia o logística de material: Armamento, equipos, municiones, etc).
- Clasificación, marcación y valorización.
- Desinfección.
- Colocación de los mismos en bolsas especiales
- Instalación de un depósito de efectos personales.
- Custodias de efectos.
- Inventario de efectos
- Identificación de efectos.
- Ubicación de los familiares del muerto.
- Entrega de efectos.
- Informe de entrega y recepción de efectos.

- Guarda de efectos no entregados por no haberse ubicado a los destinatarios.
- Incineración, después de un lapso prolongado, por no haberse ubicado a los destinatarios.
- Registros de efectos incinerados.

Para las actividades de establecimiento, funcionamiento y mantenimiento de los cementerios militares temporales y permanentes:

- Ubicación de los cementerios.
- Proyecto, demarcación y delimitación.
- Construcción de sepulturas y depósitos.
- Inhumación de los restos.
- Depósitos temporarios de los cadáveres.
- Marcación e identificación de sepulturas.
- Exhumación y remisión de cadáveres.
- Cremación, si se ordenase, de cadáveres.
- Registros de cadáveres sepultados.
- Registros de cadáveres exhumados y remitidos.
- Reconocimiento de cadáveres.
- Mantenimiento (limpieza e higiene).
- Tareas de dirección y ejecución.
- Informes sobre capacidad disponible.
- Informes sobre cadáveres inhumados y exhumados.

Para la actividad de preparación de registros e informes:

- Informe sobre situación de recolección de muertos.
- Informe sobre sepultura de muertos en el campo de combate.
- Informe inicial por cada cadáver encontrado.

- Completamiento del informe inicial por cada cadáver encontrado con todos los datos aportados en la identificación.
- Registro de sepulturas en el campo de combate.
- Registro global de muertos encontrados.
- Registro e inventarios de efectos personales.
- Informe de recepción y entrega de efectos.
- Registro de efectos no entregados.
- Registro de efectos incinerados.
- Registro de cadáveres sepultados.
- Registro de cadáveres exhumados y remitidos.
- Informe sobre capacidad disponible.
- Informe sobre cadáveres exhumados e inhumados. (ROD 19-01, 2004, pp.128-129-130-131)

Responsabilidades. Estarán distribuidas de la siguiente manera:

Componente Ejército del Teatro de Operaciones. El Comandante del componente será el responsable de la ejecución de la función necrológica. La tarea será desarrollada a través del G1 en lo que hace al diseño del sistema, la elaboración de las directivas y la supervisión del funcionamiento. La conducción de los elementos específicos de la función necrológica será responsabilidad de la BAL.

Asimismo, las fracciones de sanidad deberán cooperar en la ejecución de las actividades y tareas propias de la función necrológica.

En función de la organización del teatro, deberá coordinarse la ejecución de las actividades de la función necrológica entre la zona de comunicaciones y la zona de combate.

Grandes Unidades de Batalla. Tendrán responsabilidad sobre el establecimiento, organización y supervisión del sistema necrológico.

El elemento de apoyo logístico realizará las tareas ejecutivas correspondientes a la función necrológica.

El comandante de la GUB, será el responsable de establecer las medidas relativas a la ejecución de la función necrológica.

El G-1 será responsable de la organización y supervisión del sistema necrológico en la zona de responsabilidad la GUB. Conducirá el centro de registro necrológico.

El Jefe del elemento necrológico de la GUB desarrollará las tareas específicas de la función en coordinación con los elementos de sanidad presentes en la zona, y operará los cementerios militares temporales.

El Oficial de Sanidad será responsable de las actividades de los elementos del servicio, en relación con las actividades y tareas de la función necrológica.

El G 4 deberá proveer los medios logísticos necesarios, a fin de posibilitar un adecuado cumplimiento de la función necrológica.

Grandes Unidades de Combate. Normalmente, los muertos serán evacuados desde la gran unidad de combate hacia el Escalón Superior para su posterior entierro. Los entierros aislados en la zona de la gran unidad de combate constituirán una medida de emergencia.

Unidades. Los jefes de todas las unidades serán responsables de la búsqueda, identificación y evacuación de los restos dentro de su zona de responsabilidad.

Cada Unidad establecerá los procedimientos para organizar la búsqueda, recolección y evacuación de los restos hasta el lugar de reunión necrológico más cercano.

Dado que las unidades no contarán con personal para las actividades necrológicas en su organización, las mismas deberán cumplirse con fracciones del elemento, con la asistencia de fracciones de apoyo necrológico del escalón superior.

Cuando la sección sanidad sea incrementada con un grupo necrológico, éste tendrá a su cargo la evacuación de muertos hacia los lugares de reunión necrológicos que instale la gran unidad de combate. (ROD 19-01, 2004, pp.131-132)

Sanidad Conjunta en la actualidad.

Relacionado con el sistema de sanidad, a continuación, se hará referencia al PC 20-04 "Logística de Personal – Sanidad para la Acción Militar Conjunta" del año 2007.

Este reglamento se destaca notablemente del resto de la doctrina debido a su naturaleza conjunta, ya que su objetivo principal es "establecer normas básicas para la organización de la Sanidad Militar en apoyo a las Operaciones Militares en las que participen componentes del poder de las Fuerzas Armadas, ya sea en forma específica, conjunta o combinada".

Estas normas deben ser, en la medida de lo posible, compatibles con las equivalentes de otras Fuerzas Armadas, fuerzas de seguridad, defensa civil y organismos internacionales, como la OTAN.

El objetivo general de este reglamento es asegurar que todos los miembros de las Fuerzas Armadas comprendan la estructura de la sanidad en operaciones, sepan qué pueden esperar de ella y estén en condiciones de colaborar con la función general y actividades de la Sanidad. (PC 20-04, 2007.p.1)

Actividades de sanidad. La función de sanidad se desarrollará a través de las siguientes actividades:

- Selección psicofísica del personal.
- Medicina preventiva.
- Evacuación.
- Hospitalización.
- Recuperación.
- Tareas de sanidad afines a la función necrológica.

- Inspección de productos alimenticios (cuando no se cuente con personal bioquímico o veterinario).
- Abastecimiento y mantenimiento de efectos. (PC 20-04, 2007, p.7)

Conceptos generales de la actividad.

Selección psicofísica del personal. Es el conjunto de medidas destinadas a relacionar al personal con los requerimientos psicofísicos establecidos.

Incluye la formulación de proposiciones, al nivel de comando que corresponda, relativas a los requisitos físicos y psicofísicos a reunir por el personal.

Medicina preventiva. Comprende las medidas tendientes a mantener al individuo en óptimas condiciones psíquicas y físicas.

Entre las principales medidas se incluyen las siguientes:

- El control de enfermedades transmisibles.
- Obtención y mantenimiento de adecuados niveles de salubridad e higiene del personal militar.
- Mantenimiento de la salud mental del personal mediante psiquiatría preventiva.

Instrucción del personal. en los aspectos esenciales de:

- Sanidad e higiene personal, incluyendo las medidas a adoptar para reducir la influencia de enfermedades.
- Precauciones, primeros auxilios y acciones en caso de accidentes.
- Defensa contra agentes QBN-R.
- Supervivencia.

Gestión de residuos generados. Dentro de las actividades relacionadas con la Sanidad.

- Aplicación de los principios de medicina especializada para minimizar las condiciones riesgosas relacionadas con el vuelo, el andinismo, las actividades subacuáticas, etc, y obtener el mayor rendimiento del personal en su ejecución.

- Obtención de información sanitaria sobre enfermedades que prevalezcan en la zona, transmisores, condiciones climáticas y geográficas existentes que afecten la salud de la tropa.
- Estudios de la composición dietética de la ración de campaña, incluyendo la supervisión de la elaboración de las raciones en calidad y cantidad.
- Elaboración de bioestadísticas, consistentes en observaciones reflejadas en formulaciones numéricas, con metodología determinada, para evaluar fenómenos en estudio y, con el análisis de datos históricos, efectuar previsiones médicas y logísticas afines. (PC 20-04, 2007, p.7)

Evacuación. Es la actividad de trasladar los enfermos o heridos, desde el lugar donde se produzca la afección hasta las instalaciones de sanidad, durante la cual se proporcionarán los primeros auxilios o el tratamiento inicial o el definitivo.

Por sistema de evacuación se entiende el conjunto de organismos, funciones y medios que permitan trasladar el personal enfermo o herido, por aire, mar o tierra.

La política de evacuación estará de acuerdo a las prioridades que establezca el Comandante del Teatro de Operaciones.

Debe tener prioridad el concepto de que la evacuación se deberá realizar, siempre que los medios o la situación lo permitan, por modo Aéreo.

Cadena de evacuación:

Lugares de reunión de heridos. En la medida que el desarrollo de las operaciones lo permita, aquellos heridos que requieran asistencia por parte de personal especializado serán trasladados o se trasladarán por sí mismos si fuera posible a puntos previamente determinados donde los enfermeros les darán la asistencia que se pueda con los medios existentes en el lugar o los acondicionarán para su traslado al escalón siguiente de la cadena asistencial (puesto de socorro).

Las maniobras asistenciales básicas a cumplir en este escalón son: detener hemorragias, cuidado de la vía aérea, prevención del shock, maniobras de resucitación, inmovilizaciones, prevención de la hipotermia, etc.

En unidades de superficie, el Comandante determinará la cantidad y ubicación de los puntos de reunión de heridos, de acuerdo a la dotación del buque y a los lugares que no entorpezcan la maniobra. En unidades despegadas en el terreno un lugar de reunión de heridos por subunidad.

En este lugar, los principales prestadores de auxilio son los enfermeros. Es deseable implementar en este escalón o en última instancia en el siguiente las medidas de descontaminación química o biológica emergentes de la operación en curso.

Estos puntos son de máxima movilidad o inestabilidad en el terreno pues siguen los movimientos de las tropas en desplazamiento o el desarrollo de los acontecimientos. (PC 20-04, 2007, pp.8-9)

Puestos de Socorro. Toda unidad debe tener uno asignado para el desarrollo de las operaciones, aunque no esté incluido en su organigrama.

Es el primer lugar donde las bajas toman contacto con un médico. Debe estar ubicado en un lugar relativamente seguro dentro del área de operaciones. En él se deben poder realizar tratamientos de administración de fluidos IV (fluidos intravenosos), conservación de la vía aérea inclusive con cirugía, cirugía menor y de emergencia y aplicación de vendajes y férulas.

Es el último escalón donde efectuar descontaminaciones químicas o biológicas. Estas deben efectuarse, siempre que sea posible, antes del ingreso del afectado a las áreas asistenciales.

La complejidad y tamaño estarán acordes a la magnitud de la operación y a la cantidad de efectivos empeñados en ésta. En este escalón, puede haber médicos y otros profesionales o técnicos y variada cantidad y calidad de equipamiento.

Debe tener asegurada la provisión de abundante agua, energía eléctrica, comunicaciones, sistemas de climatización, alimentos para el personal integrante y eventuales internados,

capacidad administrativa suficiente para la documentación de la tarea que se desarrolle, además de los insumos propios de la tarea a desarrollar.

La internación en este escalón será en general de horas (siempre acorde a las políticas de evacuación fijadas por el comando).

Es en este escalón donde se comienza con el uso de la Tarjeta de Identificación de Víctima. Esta tarjeta es el inicio de la historia clínica del afectado, y dado su valor tanto asistencial como médico-legal, deberá llenarse con extremo cuidado y con letra legible aún en las condiciones tácticas más desfavorables.

El equipamiento es variable respecto a su complejidad, pero debe contar con sala de operaciones, áreas para internación, farmacia para emergencias y material para descontaminación acorde a los riesgos de la misión.

El puesto de socorro deberá tener previsto un lugar para depósito de cadáveres que evite su visualización por parte del personal que se asiste.

Estas estaciones asistenciales deberán necesariamente tener mayor estabilidad en el terreno que las del escalón precedente, pero deben ser desplazables cada uno o dos días, acorde a los requerimientos de la operación en curso. (PC 20-04, 2007, pp.9-10)

Hospitalización: Su finalidad es proporcionar el tratamiento adecuado a enfermos y heridos. Corresponde generalmente a la actividad posterior a la evacuación.

Recuperación: Es el retorno del personal al estado de actividad.

Comprende dos fases: Una técnica, que es responsabilidad específica de sanidad, y otra administrativa, que es el reingreso de aquél al sistema de reemplazos y es responsabilidad del área personal.

Cuando la recuperación ha sido completa, el personal debe volver, como norma general, a la misma unidad en que estaba destinado al ser dado de baja.

En otros casos, es preciso encausarlo a otros organismos dedicados a funciones acordes con el estado de salud en que queda el paciente, lo que corresponde a la “actividad de selección psicofísica del personal”.

Tareas de sanidad afines a la función necrológica. se refiere a las labores o actividades relacionadas con la atención médica y sanitaria que están directamente relacionadas con el manejo y tratamiento de los fallecidos descriptas como:

- Búsqueda, recolección y evacuación de los restos del personal militar, de civiles afectados a las operaciones y del personal aliado o enemigo.
- Identificación de cadáveres con los medios propios de sanidad.
- Disposición temporal de los restos en instalaciones de sanidad (depósito de cadáveres, morgue) hasta que la Jefatura I – Recursos Humanos, complete la tarea.
- Recolección y custodia hasta la entrega al organismo de personal, operador del sistema necrológico, de los efectos personales que portase el fallecido al momento de su muerte.
- Emisión del certificado de defunción correspondiente. (PC 20-04, 2007, pp.10-11)

Inspección de productos alimenticios. En los Teatros de Operaciones donde no se cuenta con personal idóneo en veterinaria, esta inspección es desarrollada dentro de la función sanidad y consiste en asegurar las condiciones de calidad establecidas para los alimentos.

Abastecimiento y mantenimiento de efectos. Son las tareas de sanidad que abarcan:

- La determinación de las necesidades de efectos de sanidad, obtención, almacenamiento, distribución, evacuación (recolección), ulterior aprovechamiento, disposición final, etc.
- Las acciones correspondientes al mantenimiento en servicio de dichos efectos. (PC 20-04, 2007, p.12)

Evacuación. Busca salvar vidas y mediante el traslado ordenado y seguro de heridos fuera del área amenazada o peligrosa.

Sistema de evacuación. La evacuación es el proceso de retirar los pacientes desde el campo de combate u otra ubicación y desplazarlos hacia retaguardia a través de un sistema, denominado “sistema de evacuación”.

Este término será aplicado al conjunto lineal de elementos e instalaciones sucesivas, empeñados en la reunión, clasificación, tratamiento y hospitalización de los enfermos, heridos y lesionados.

En un Teatro de Operaciones, generalmente, la instalación más adelantada de este sistema será el lugar de reunión de heridos o el puesto de socorro de la Unidad o Subunidad Independiente, y la de más a retaguardia, el hospital general.

Las instalaciones adelantadas serán móviles, pequeñas y numerosas. Desde la zona de combate hacia la retaguardia, cada instalación de sanidad sucesiva proporcionará una atención, de mayor complejidad

Problemas más importantes de la evacuación. Una de las tareas de sanidad más difíciles, y en combate una de las más importantes, será la evacuación de los pacientes. Los comandantes de todos los niveles deberán comprender la magnitud e importancia de esta actividad. (PC 20-04, 2007, pp.11-12)

La tarea será difícil aún bajo las circunstancias más favorables debido a la cantidad de evacuados en juego y a otros factores que complicarán el problema.

En las zonas adelantadas, especialmente, la evacuación podrá tener que afrontar condiciones meteorológicas, de terreno y de combate desfavorables.

La evacuación deberá ser efectuada hacia retaguardia enfrentando a una corriente constante de tropas y abastecimientos que se dirijan hacia vanguardia, a la cual deberá tratar de producirle el mínimo de interferencias.

Los pacientes deberán ser recolectados individualmente, desde los elementos de combate más adelantados. Además, requerirán atención y tratamiento individual a través de todas las etapas de su evacuación, y una gran proporción requerirá algún tipo de transporte.

Una eficiente evacuación será costosa en recursos humanos y en medios de transporte.

Durante toda la evacuación, el intercambio de efectos deberá ser realizado indefectiblemente, a pesar de las dificultades que presenta la realización de esta última tarea. Por este motivo, y a los fines de evitar excesivos reconocimientos al paciente, éste deberá atravesar la menor cantidad de instalaciones, en su traslado hacia retaguardia. (PC 20-04, 2007, pp.13-14)

Selección del personal para evacuación. Mediante la clasificación y la aplicación de distintos métodos, se priorizará la evacuación según lo siguiente:

Triage (Método o Sistema de Clasificación de Bajas). Clasificación de las prioridades de atención:

Conceptos generales: Clasificar implica evaluar un herido con dos propósitos fundamentales: tratamiento y evacuación.

La operación de clasificar significa llevar al mayor número de personas a la mejor oportunidad para recibir el tratamiento adecuado, en una circunstancia especial. La decisión se toma de acuerdo a las necesidades concernientes a la resucitación, la cirugía de urgencia y la utilidad de efectuar tratamientos a personas con pronóstico letal. Implica establecer prioridades. Clasificar comprende un trabajo continuo, que se debe cumplir con atención y con el menor margen de error. Esta labor, en muchas circunstancias se halla supeditada a la situación táctica de una operación militar.

El ejercicio de la medicina en operaciones militares implica tomar duras decisiones adecuadas a la apreciación de la situación que se vive. Una de las más fatigantes

responsabilidades del médico reside en mantener los principios éticos, aún en las situaciones más adversas.

Revistiendo entonces la clasificación de bajas una importancia trascendente, debe encomendarse esta tarea a personal capacitado y adiestrado.

La primera clasificación de bajas se efectúa en el “Punto de Reunión de Heridos”. Se completa y mejora en los “Puestos de Socorro”, continúa en los “Hospitales de Campaña” o “Buque Hospital” y en los lugares del tratamiento y rehabilitación definitivos (hospitales militares). (PC 20-04, 2007, p.14)

Evaluación de la Baja. Cuando el herido llega o es llevado al “Puesto de Socorro”, el médico efectúa un examen general con la rapidez que las circunstancias exigen. Es obvio que, en determinadas circunstancias, como operaciones de guerra, esta tarea se torna dificultosa.

De todas formas, se debe seguir la rutina que la capacitación y el adiestramiento imponen y realizar el examen más minucioso posible.

Debe tenerse en cuenta que, en acciones de combate, se reciben heridos con su equipo completo, con elementos de movilización de circunstancia, sucios, sedados, inconscientes o bajo efectos emocionales diversos y por razones tácticas el uso de iluminación puede estar restringido.

En esas condiciones es sumamente difícil realizar un examen médico cuidadoso, pero deben establecerse la cantidad y calidad de traumas existentes y sus grados de gravedad.

En este acto debe establecerse la conducta ante el herido: urgencia de tratamiento, tipo de terapia de acuerdo a las circunstancias, regreso a la actividad o evacuación con su grado de prioridad y medio de transporte adecuado. (PC 20-04, 2007, p.14-15)

Clasificación de bajas. Se utiliza para ello la Tarjeta de Identificación de Víctima. Es una tarjeta troquelada en 7 secciones que se identifican todas por el mismo número.

El cuerpo principal contiene datos filiatorios elementales de la víctima, del suceso acaecido, de la evaluación médica, de los tratamientos instituidos y del lugar al que se deriva.

Este talón deberá quedar como antecedente en la Historia Clínica que oportunamente se confeccione, y deberá atarse a las ropas de la víctima.

Los sectores coloreados se utilizan para establecer un sistema rápido de clasificación del estado de la víctima:

El talón VERDE se deja colocado a todo individuo que pueda valerse por sí mismo y que su atención pueda ser diferida o esperar sin posibilidades de agravamiento, o que puede ser atendido por personal no especializado.

Ejemplos: Laceraciones y heridas menores, pequeñas fracturas, quemaduras leves.

El talón AMARILLO se deja para aquellos pacientes que necesitarán tratamiento quirúrgico, pero su estado permite esperar sin complicaciones. Deberán recibir tratamiento de sostén, tal como fluidos EV (fluidos endovenosos), inmovilizaciones, cateterizaciones, SNG, analgesia, etc.

Ejemplos: Lesiones musculares extensas, fracturas de huesos importantes, lesiones intratorácicas o abdominales, o lesiones de cráneo o espinales.

El talón ROJO identifica a las víctimas que necesitan tratamiento médico-quirúrgico de urgencia para salvar su vida. Debe existir una razonable posibilidad de supervivencia para la víctima y no empeñar gran consumo de tiempo y recursos que podrían ser utilizados para asistir a mayor cantidad de afectados.

Ejemplos: Obstrucción respiratoria, hemorragia severa, amputaciones de emergencia.

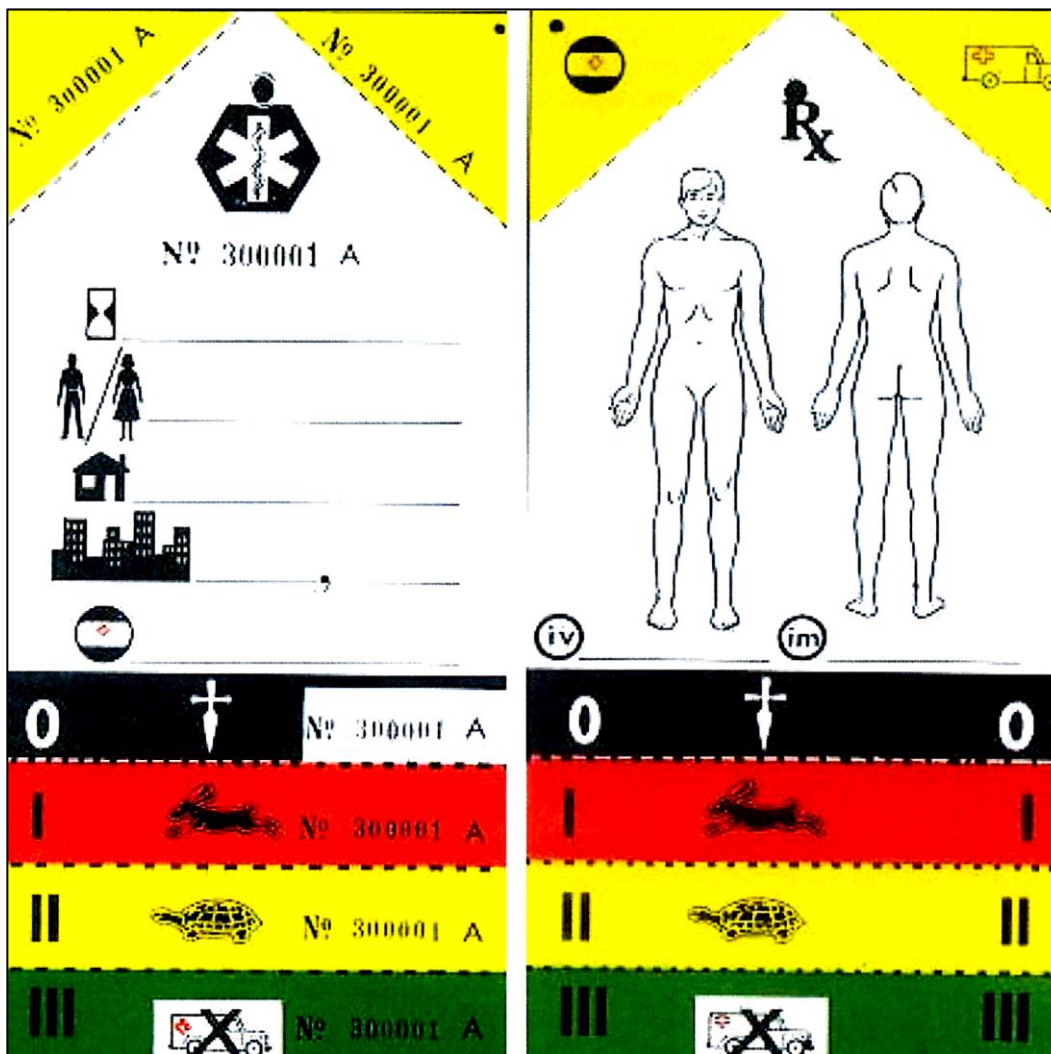
El talón NEGRO identifica a aquellos que tienen lesiones de severidad tal que sus posibilidades de sobrevivida son prácticamente nulas y cuyos tratamientos implicarían un gran gasto de tiempo y recursos que en estas situaciones deben administrarse con otras prioridades.

Ejemplos: Politraumatismos severos, lesiones craneales o espinales severas, grandes irradiados, grandes quemados.

Los talones superiores son retirados por los responsables de atención y clasificación en el lugar de impacto y el responsable del traslado al Puesto de Socorro o al Hospital.

A efectos de que cualquier persona con un mínimo de conocimientos pueda participar eficientemente en esta tarea de clasificación de bajas y otorgarles prioridad de atención, se detalla en Anexo 1 diagrama de flujo basado en signos clínicos elementales. (PC 20-04, 2007, p.15-16)

Tarjeta de Identificación de Víctima



Fuente: PC 24-04 Logística Personal- Sanidad para la Acción Militar Conjunta 2004 Pag

Herramientas de Triage: El sistema de clasificación de víctimas CRAMP, (Circulación, Respiración, Abdomen, Motilidad y Palabra) debe ser reemplazado por la combinación de la escala de trauma y la escala de coma de Glasgow, más modernos y de uso prácticamente universal. Sirven para clasificar y tienen además un criterio pronóstico de sobrevida.

La escala de Glasgow puede ser de uso universal, es decir que puede ser utilizada por personal no médico, en tanto la escala de trauma y la combinación de ambas para pronóstico de sobrevida es de uso exclusivo de profesionales médicos o enfermeros.

Cuadro 3: Escala de coma de GLASGOW

<p><u>Apertura de ojos.</u> Espontánea=4 A la orden verbal=3 Al dolor=2 No abre=1</p> <p><u>Respuesta verbal.</u> Orientado=5 Confuso=4 Palabras inapropiadas a la circunstancia=3 Palabras incomprensibles=2 No habla=1</p> <p><u>Respuesta motora.</u> Obedece ordenes=6 Localiza estímulos dolorosos=5 Respuesta motora inadecuada al dolor=4 Flexión por dolor=3 Extensión por dolor=2 No responde=1</p> <p>ESCALA DE TRAUMA <u>Frecuencia respiratoria.</u> 13-29 min=4 10-12 min=3 6-9 min=2 1-5 min=1 No respira=0</p> <p><u>Presión sistólica.</u> 90 mmHg o más=4 76-89 mmHg=3 50-75 mmHg=2 hasta 49 mmHg=1 No hay presión=0</p>	<p>A</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/> <p>B</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/> <p>C</p>	<p>La suma de puntos se clasifica: 13 a 15=4 9 a 12=3 6 a 8=2 4 a 5=1 menos de 3=0</p>
<p>Escala de Glasgow + frecuencia respiratoria + presión sistólica (A+B+C)= % de posibilidades de supervivencia.</p> <p><u>A (Escala de Glasgow) se determina:</u> apertura de ojos + respuesta verbal + respuesta motora.</p>		

Sistema necrológico

Deberá estar conectado con los sistemas afines que se estructuren en el TO y la ZI.

Es el conjunto integrado de organizaciones, instalaciones y personal, escalonados en profundidad, que desarrollan la función necrológica para concretar el apoyo particular a los elementos del IMT en operaciones, con la finalidad de contribuir a mantener su moral, crear condiciones adecuadas de sanidad, y cumplir con el derecho internacional de los conflictos armados.

Los medios afectados al sistema serán variables, y su organización flexible, de forma tal, de poder adaptarse a las diferentes situaciones que se planteen.

Entre los factores a considerar para el diseño del sistema estarán:

- Tipo de operación en desarrollo.
- Efectivos propios empeñados.
- Efectivos del enemigo.
- Tipos de tropas que participan en el combate.
- Sistemas de armas presentes.
- Ambiente geográfico (extensión, características, vías de comunicación).
- Medios disponibles para ejecución de la función.
- Apreciaciones de bajas.
- La organización del teatro de operaciones. (ROD 19-01, 2004, p.133)

Instalaciones del sistema. Estos serán esenciales para el funcionamiento del sistema:

- Centro de registro necrológico
- Lugares de reunión de cadáveres.
- Cementerios militares temporales.
- Cementerios permanentes.
- Depósitos de efectos personales del personal fallecido.

- Organizaciones necrológicas adaptadas a la búsqueda, recolección, evacuación, registro y sepultura de cadáveres.
- Organizaciones de sanidad.
- Organizaciones de transporte.
- Organizaciones cooperantes.
- Elementos de operaciones psicológicas. (ROD 19-01, 2004, pp.133-134)

Registros e informes. Los registros e informes necrológicos serán determinados por el Comandante del teatro de operaciones. Los básicos para el campo de personal serán:

Informe del personal fallecido. Consistirá en una planilla o formulario, que será llenada por el personal que rescate los restos, completada por las instancias correspondientes, y elevada al G-1 del escalón que se trate para su tramitación.

Informe de efectos personales. Consistirá en un inventario realizado por el personal que rescate los restos, en el cual se detallarán los datos de identificación y efectos encontrados.

Registro de sepultura. Consistirá en un documento llevado por el encargado de cada cementerio, en el que se asentarán los datos de identificación correspondiente a cada tumba, su ubicación general y particular.

Registro de efectos personales. Consistirá en un documento llevado por el encargado del depósito correspondiente, en el que se archivará una copia del inventario de efectos del personal fallecido, mientras dichos efectos se mantengan en depósito. (ROD 19-01, 2004, p.134)

Placa de identificación. La placa de identificación es un elemento para la identificación y registro de bajas, y será llevada por todo el personal, colgada del cuello mediante una cadena. La provisión y correcto estampado serán una responsabilidad de comando.

Las placas permanecerán con el personal hasta su muerte y sepultura en la zona de combate, en que una de ellas se fijará en la cruz, jalón o señalador de la tumba, y la otra se elevará por la cadena de comando al Centro de Registro Necrológico. (ROD 19-01, 2004, p.134).

Conclusiones parciales

En el contexto de esta investigación, se ha identificado la persistencia de una doctrina previa al año 1982 que aún se mantiene vigente en las Fuerzas Armadas de Argentina. No obstante, esta doctrina, que en su momento fue considerada adecuada y efectiva, actualmente muestra signos de obsolescencia y carece de la adaptabilidad necesaria para enfrentar los desafíos contemporáneos.

Es innegable que, desde la época de la Guerra de Malvinas hasta el presente, el ámbito militar ha experimentado cambios significativos en cuanto a las estrategias tácticas, las tecnologías disponibles y las metodologías aplicadas en operaciones militares. Estos avances han impactado directamente en la manera en que se lleva a cabo la atención sanitaria en el campo de batalla y la logística asociada a ella.

Uno de los aspectos más evidentes de esta evolución es la introducción de nuevos procedimientos y enfoques en la evacuación de heridos, como se refleja en la reciente reglamentación sobre la sanidad militar conjunta. Este enfoque moderno se basa en un profundo entendimiento de las necesidades de atención médica en situaciones de conflicto, lo que incluye la rapidez y eficiencia en la evacuación de heridos graves.

Si bien es cierto que se han realizado algunas actualizaciones y revisiones en la doctrina militar, la cantidad de material derogado o actualizado posterior a la Guerra de Malvinas es limitada en comparación con los avances y cambios que han ocurrido en este lapso de tiempo. Por lo tanto, es crucial reconocer la necesidad de una revisión exhaustiva y una posible actualización de la doctrina que aún está en vigencia.

Esta revisión no debe limitarse únicamente a los resultados y lecciones aprendidas de la última guerra que enfrentó Argentina, sino que debe considerar también todo el conocimiento nuevo y las mejores prácticas relacionadas con la temática que estén disponibles en la

actualidad. Además, debe tener en cuenta el contexto internacional y las tendencias globales en materia de logística y atención sanitaria en operaciones militares.

En última instancia, la adaptación constante de la doctrina es esencial para garantizar que las Fuerzas Armadas estén debidamente preparadas para abordar los desafíos cambiantes y aprovechar las oportunidades de mejora en sus funciones de Sanidad y Necrológica. Esta investigación subraya la importancia de mantener una doctrina actualizada y relevante para garantizar la eficacia y la eficiencia en el apoyo logístico de personal en situaciones críticas.

Capítulo III: Comparación entre el apoyo logístico de personal de 1982 y el actual

En este capítulo, se buscará determinar las diferencias o similitudes encontradas entre la doctrina analizada en el Capítulo 1, relacionada con el apoyo logístico de personal sanitario y necrológico utilizado en Malvinas en el año 1982, y la doctrina vigente en la actualidad.

Doctrina específica de la función de sanidad y necrológico utilizada en el año 1982. A continuación, se darán los lineamientos básicos de la doctrina utilizada en la guerra de Malvinas.

RC 42 – 1 (Conducción del Servicio de Sanidad). En vigencia a partir del año 1966. Este reglamento tiene como finalidad determinar la misión, organización, capacidades, limitaciones, operaciones y relaciones del servicio de sanidad de los distintos escalones de comando en diversas situaciones tácticas. También servir como base para la posterior redacción de los restantes reglamentos del servicio de sanidad del ejército y aquellos aspectos de sanidad que deban ser incluidos en los reglamentos de las armas, tropas técnicas y servicios.

RT 42-103 (Procedimientos Médicos y Quirúrgicos en el Teatro de Operaciones). En vigencia desde el año 1981 habiendo derogado al reglamento RT 42-103 Procedimientos Médicos y Quirúrgicos en el Teatro de Op(s) del año 1961. Este reglamento tiene como finalidad establecer la doctrina médico-quirúrgica, de la cual surgen los procedimientos a adoptar en el tratamiento de las heridas y enfermedades en el teatro de operaciones. La fecha de lanzamiento de este reglamento hace inferir que fue actualizado específicamente 20 años después, tendientes a enfrentar los futuros conflictos que atravesarían las fuerzas armadas en menos de 1 año después de su publicación.

RC 42 - 51 (Conducción de la Compañía de Sanidad del Batallón Logístico). Puesto en vigencia en enero de 1973. Este reglamento tiene como finalidad la de proporcionar bases para el planeamiento, conducción y ejecución en detalle de las operaciones de apoyo logístico a cargo de la compañía de sanidad del batallón logístico de la brigada independiente.

RE 15 - 70 (Registro Necrológico). Puesto en vigencia en el año 1972. Este reglamento tiene como finalidad fijar las actividades del registro necrológico en apoyo de las operaciones militares de las fuerzas terrestres. Satisface las necesidades de establecer principios, normas y procedimientos logísticos y de personal para el registro necrológico en los distintos escalones de comando.

Sobre la doctrina mencionada anteriormente, la misma ha cambiado su denominación actualmente, pero sin sufrir modificaciones.

La denominación actual de estos reglamentos es la siguiente:

- RT 42-103, Procedimientos Médicos y Quirúrgicos en el Teatro de Op(s) (ROP 23-03)
- RC 42 – 51, Conducción de la Ca de San del Batallón Logístico. (ROP 23-02)
- RC 42-1, Conducción del Servicio de Sanidad en el TO (ROP 23-01)
- RC 15 - 70, Registro Necrológico. (ROP 30-03)

Doctrina específica de la función de sanidad y necrológico utilizada actualmente

A continuación, se proporcionará una breve descripción de la doctrina actualmente en uso en las Fuerzas Armadas en relación con las funciones de sanidad y necrológica. Es importante tener en cuenta que gran parte de este material se utilizó durante la Guerra de Malvinas, y su contenido ya ha sido explicado en el Capítulo 1.

De la doctrina publicada posteriormente a la Guerra de Malvinas, se han identificado dos reglamentos fundamentales que guardan estrecha relación con las funciones de Sanidad y Necrológico: el ROD 19-01 "Logística de Personal" y el PC 24-04 "Logística de Personal - Sanidad para la Acción Militar Conjunta". Estos reglamentos representan las piezas más recientes de la doctrina y, si bien se centran principalmente en la función de sanidad, brindan valiosos elementos para entender cómo ha evolucionado la atención médica y logística en situaciones militares desde aquel conflicto en las Islas Malvinas.

Es importante señalar que, aunque estos reglamentos contienen actualizaciones sustanciales en lo que respecta a la función de sanidad, no abordan de manera específica la función necrológica.

Uno de los aspectos más notables de estas actualizaciones es la mejora en el tratamiento de los heridos con un enfoque particular en la evacuación. Esta mejora es de suma importancia, considerando que la evacuación eficiente de heridos fue una de las deficiencias más evidentes del sistema durante la Guerra de Malvinas.

En referencia al reglamento PC 24-04 "Logística de Personal - Sanidad para la Acción Militar Conjunta", que se encuentra detallado en la página 16 de dicho documento, se introducen nuevas acciones que enriquecen el sistema de evacuación. Uno de los cambios más significativos es la implementación del sistema de Triage, una práctica que no estaba incluida en ninguna doctrina anterior a la Guerra de Malvinas. Este nuevo enfoque establece: "El sistema de clasificación de víctimas CRAMP (Circulación, Respiración, Abdomen, Motilidad y Palabra) debe ser reemplazado por la combinación de la escala de trauma y la escala de coma de Glasgow, que son más modernas y de uso prácticamente universal. Estas escalas se utilizan para clasificar a los heridos y, además, proporcionan un criterio pronóstico de supervivencia.

La escala de Glasgow puede ser utilizada de forma universal, lo que significa que puede ser aplicada por personal no médico, mientras que la escala de trauma y la combinación de ambas para el pronóstico de supervivencia son de uso exclusivo de profesionales médicos o enfermeros".

Estos avances reflejan un enfoque más sofisticado y adaptado a las necesidades contemporáneas en la atención médica en situaciones de conflicto. Sin embargo, cabe mencionar que, hasta la fecha, la doctrina no ha abordado de manera específica la función necrológica, lo que sugiere una oportunidad para futuras actualizaciones que consideren esta área en constante evolución.

Conclusiones parciales

En el proceso de análisis de la doctrina específica utilizada durante la Guerra de Malvinas y su comparación con la doctrina actualmente empleada en las Fuerzas Armadas, se evidencia la relevancia y la continuidad de esta doctrina a lo largo del tiempo. A pesar de contar con entre 40 y 50 años de antigüedad, la doctrina utilizada en Malvinas no ha sido derogada y sigue en vigencia en la fuerza.

Uno de los avances más significativos en esta área ha sido la creación de un reglamento conjunto relacionado con la sanidad, un aspecto que no estaba especificado en la doctrina anterior. Este reglamento conjunto ha representado un importante progreso, ya que aborda la necesidad de un trabajo conjunto de las Fuerzas Armadas, una lección aprendida a partir de los informes y la experiencia de la Guerra de Malvinas.

Es interesante destacar que el único reglamento que hace referencia directa a la Guerra de Malvinas en relación con la función de sanidad y necrológica es el PC 24-04 "Logística – Personal - Sanidad para la Acción Militar Conjunta, 2007". Este reglamento incluye la "Tabla XIV: Bajas en combate de las Fuerzas Armadas Argentinas en el Territorio de las Islas Malvinas (desde el 1° de mayo al 14 de junio de 1982)", lo que demuestra que parte de los resultados obtenidos durante la Guerra de Malvinas se han tenido en cuenta en la formulación de la doctrina actual.

Este análisis nos deja una enseñanza fundamental: la importancia de mantener y actualizar la doctrina en función de las lecciones aprendidas en conflictos pasados y de adaptarla a los avances tecnológicos y las necesidades cambiantes de las Fuerzas Armadas. La continuidad y evolución de la doctrina son esenciales para garantizar la preparación y eficacia de nuestras fuerzas en el presente y el futuro."

Conclusiones

Conclusiones finales

La Guerra de Malvinas, un conflicto que aún deja cicatrices profundas en el corazón de los ciudadanos argentinos con un profundo sentido patriótico, así como en aquellos valientes soldados que lucharon por esas tierras y dejaron a sus camaradas custodiándolas, resalta la importancia crítica de aprender de la historia y aplicar las lecciones aprendidas. Esta herida abierta en la memoria colectiva subraya la trascendental necesidad de recopilar y analizar toda la información disponible sobre cualquier enfrentamiento bélico, independientemente del resultado obtenido.

La información y datos recabados en situaciones de conflicto son valiosos tesoros que enriquecen el conocimiento y la experiencia de las fuerzas militares. Asimismo, impulsan el desarrollo de medios y estrategias para enfrentar futuros desafíos. En este contexto, la doctrina actual en función de sanidad y necrológica ha comenzado a incorporar experiencias recogidas de la Guerra de Malvinas, aunque en proporciones limitadas. Esto se refleja en el factor necrológico, donde en el PC 24-04 "Logística – Personal - Sanidad para la Acción Militar Conjunta, 2007", incluye la "Tabla XIV: Bajas en combate de las Fuerzas Armadas Argentinas en el Territorio de las Islas Malvinas (desde el 1° de mayo al 14 de junio de 1982)", en donde se ejemplifican los cálculos de bajas para distintos escenarios, relaciones entre muertos y heridos de combate, y datos sobre bajas argentinas en el conflicto. Esta inclusión demuestra el valor de aprender de la historia para mejorar la preparación y la eficacia en situaciones futuras.

En lo que respecta a la doctrina relacionada con el apoyo logístico de personal en sanidad y necrológica, utilizada durante la Guerra de Malvinas, esta sigue en vigencia en la fuerza. La falta de modificaciones significativas en estos reglamentos se justifica en gran medida por el hecho de que, durante el conflicto, demostraron ser efectivos y funcionales para el personal a cargo del sistema sanitario. La continuidad de esta doctrina es un testimonio de su eficacia y

relevancia, pero también plantea la necesidad de evaluar y ajustar, en función de las lecciones aprendidas y los avances contemporáneos.

Dentro de la función de sanidad, es imperativo otorgar prioridad a la clasificación, ya que un sistema eficaz de clasificación y evacuación puede ser crítico para salvar vidas en situaciones futuras. La Guerra de Malvinas evidenció la importancia de esta función, y su inclusión destacada en la doctrina es esencial para prepararse adecuadamente.

En lo referido al sistema de evacuación utilizado en Malvinas, se adecuó al escalonamiento establecido en la doctrina, pero las limitaciones en medios aéreos y terrestres condujeron a la utilización de recursos de unidades para complementar el sistema. Aunque esta adaptación contribuyó al funcionamiento del sistema, la falta de medios adecuados en momentos críticos resultó en pérdidas evitables de personal herido. Esta experiencia subraya la necesidad de contar con medios de evacuación eficaces en futuras operaciones militares.

Finalmente, en la instrucción de personal de cuadros y tropa, es fundamental incorporar información y formación relacionada con la función necrológica. El desconocimiento de esta función durante la Guerra de Malvinas dificultó el reconocimiento de los fallecidos y condujo a situaciones complicadas, como la pérdida de placas identificadoras para la identificación de los mismos. La capacitación en esta área es crucial para garantizar un tratamiento adecuado de los fallecidos y el respeto a sus memorias.

En síntesis, la experiencia de la Guerra de Malvinas resalta la necesidad de aprender de la historia, actualizar la doctrina y prepararse rigurosamente para futuros desafíos. Las lecciones aprendidas de este conflicto no solo son valiosas, sino que también guían el camino hacia unas Fuerzas Armadas más preparadas, eficaces y humanas en situaciones críticas. La continuidad y adaptabilidad de la doctrina son esenciales para cumplir con esta misión crucial.

Aporte profesional

Sería de gran importancia incorporar conocimientos básicos de sanidad en la formación del personal de cuadros y tropas, especialmente en lo que concierne a la atención primaria de heridos graves. Esto permitiría estabilizar a los heridos y dar tiempo al personal de sanidad para brindarles atención de primeros auxilios. Estos conocimientos podrían ser establecidos por el personal médico de la fuerza y adaptados para su enseñanza al resto del personal.

Asimismo, resultaría esencial en la organización del sistema de sanidad en las unidades contar, al menos, con un médico instruido en operaciones, quien debe ser sometido periódicamente a evaluaciones para garantizar su competencia en la atención sanitaria dentro del ámbito militar.

La creación de un Puesto de Socorro, dotado responsablemente con todos los recursos sanitarios necesarios, sería igualmente relevante. Se deberían llevar a cabo controles periódicos para garantizar su eficaz funcionamiento y organización.

Además, sería recomendable disponer de al menos un enfermero por subunidad y camilleros capacitados en los procedimientos básicos para estabilizar a heridos graves.

Un aspecto a considerar es la incorporación de la figura del paramédico a las fuerzas, presente en ejércitos como el de Estados Unidos, Reino Unido o Israel, quienes cuentan con suficiente formación médica para atender a heridos graves en lugares aislados o en situaciones hostiles cuando los médicos militares no pueden acceder a la zona, lo que ha demostrado prevenir numerosas muertes. Aunque en el sistema de salud del ejército no existe actualmente la figura del paramédico, sería conveniente proponer su incorporación para mejorar la eficiencia del sistema de salud militar.

Por último, se destaca la necesidad de dar la debida importancia a la actualización de la doctrina en lo que respecta a la organización y funcionamiento de las funciones de sanidad y necrológico en la fuerza. El último conflicto de gran envergadura del siglo XX, la Guerra de

Malvinas, tuvo lugar hace más de 40 años, y desde entonces se han producido avances tecnológicos, técnicos y científicos que han transformado la naturaleza de la guerra y las estrategias militares. En este contexto, la función de Sanidad debe priorizar la evacuación y hospitalización lo más rápidamente posible para salvar vidas. Se requieren medios de evacuación aérea y terrestre capaces de llevar a cabo estas tareas, así como instalaciones sanitarias modernas y totalmente equipadas para cumplir con su misión de facilitar la recuperación de los enfermos o heridos de la manera más rápida y adecuada posible.

Referencias

- Ejército Argentino. (2004) Logística de Personal (ROD 19-01). Dirección General de Organización y Doctrina, Buenos Aires, Argentina.
- Ejército Argentino. (1966) Conducción del Servicio de Sanidad en el teatro de Operaciones, (ROP 23-01) Dirección General de Organización y Doctrina, Buenos Aires, Argentina.
- Ejército Argentino. (1973) Conducción de la Compañía de Sanidad del Batallón Logístico (ROP 23-02) Dirección General de Organización y Doctrina, Buenos Aires, Argentina.
- Ejército Argentino. (1972) Registro Necrológico (ROP 30-03) Dirección General de Organización y Doctrina, Buenos Aires, Argentina.
- Min Def EMCFFAA. (2007) Sanidad para la Acción Militar Conjunta (PC 24-04). Jefatura III Operaciones/Departamento Doctrina Militar Conjunta.
- Ejército Argentino. (1983) Conflicto Malvinas. Informe Oficial (Tomo I - II).
- Buroni J., Ceballos E. (1992) La Medicina en la Guerra de Malvinas. Círculo Militar. 1992.
- Entrevista al Coronel “VGM” CR Med VGM Rubén Juan Cucchiara Jefe Departamento Educación de la Dirección General de Salud). 2021
- <https://www.infobae.com/def/defensa-y-seguridad/2020/05/23/medicos-de-malvinas-recuerdos-valor-vocacion-de-servicio-y-amor-a-la-patria/> (Habilidad de los médicos para atender a los heridos en tiempos de guerra).
- <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/50000-54999/50278/norma.htm> (Ley 24.950).

Anexo 1

(Entrevista al jefe Departamento Educación de la Dirección General de Salud CR Med VGM
Rubén Juan Cucchiara)

Se desempeñó como médico del RI 4 durante el conflicto del Atlántico Sur. En su testimonio expresa lo siguiente:

Fui a Malvinas con el Regimiento de Infantería 4 como Jefe de la sección Sanidad. Se había completado el personal que por dotación correspondía, no recuerdo exactamente cuántos enfermeros eran por subunidad, también se completaron con camilleros para cada subunidad con soldados enfermeros que eran del año anterior y que habían sido convocados.

Estaban bastante bien capacitados, aunque no hubieran podido prestar apoyo en un quirófano porque no tenían esa capacitación, pero sí estaban capacitados para apoyar en una enfermería o para prestar apoyo en una subunidad en un lugar de reunión de heridos.

Respecto a la doctrina utilizada no tengo quejas ya que la misma fue de suma utilidad y no le haría modificaciones.

La sección Sanidad del Regimiento 4 salió con la idea original de ocupar una posición defensiva en Puerto San Julián y partimos desde Monte Caseros en Tren hasta Paraná.

Al momento de salir no se pudo hacer requisa de medicación, sino que era con la colaboración de la población. Se consiguieron antibióticos y varias cosas más. Medicación para la gripe, para angina, para situaciones propias del continente que en Malvinas no se replicaron.

Llevaba dotación de sanidad para heridos y para atención de pacientes, que era la que tenían la enfermería en esa época, en ese momento y por la situación propia de combate, alcanzó, no porque hubiera estado al completo, sino porque no hubo oportunidad de utilizarla.

Una vez en Paraná nos embarcaron en avión hasta Comodoro Rivadavia.

En Comodoro Rivadavia hubo que hacer un alto y ocupar una zona de reunión en lo que era las instalaciones del Regimiento 8 de Infantería. Esa unidad ya había partido hacia Malvinas,

junto con lo que era el hospital de Comodoro Rivadavia, que fue después la base del Hospital Militar Malvinas junto a la compañía Sanidad perteneciente a la Brigada 9.

En Comodoro Rivadavia no se pudo realizar control de la enfermería porque había alrededor de cuatro regimientos instalados.

Estuvimos unos días en comodoro y el oficial logístico me dijo que lo acompañara porque había venido un cambio de orden en donde en vez de ir a Puerto San Julián se iría a Río Gallegos. La idea era que íbamos a ir a un lugar de reunión, mejor dicho, a una zona de defensa, pero con la frontera de Chile, pero terminamos partiendo hacia Malvinas.

El día 27 de abril llegamos a las Islas.

Nos reunieron en el Hospital de Malvinas con gente de la Fuerza Aérea, también de la Armada y conformaron lo que fuera el Centro Interfuerzas Médico Malvinas (CIMM).

Desde este hospital fue donde se hizo la atención básica como si constituyera el Hospital Militar Central trasladado a Malvinas.

Desde mi punto de vista era lo más parecido actualmente a un hospital quirúrgico móvil, porque hacían cirugías de emergencia y después eran evacuados. Exactamente era de mayor complejidad que un puesto principal de socorro.

Esa primera noche nos ordenaron instalar un vivac cerca del aeropuerto y al día siguiente el jefe de regimiento me ordenó que vaya como escalón adelantado, con un vehículo, con gente de la Compañía Comando y Servicio a llevar algunos elementos para instalar un lugar de reunión de heridos al final del camino, porque el regimiento iba a ir marchando hasta el monte Wall. Cuando llegamos ahí estaba lloviendo y como a las tres o cuatro horas empezaron a llegar los soldados que venían agotados marchando alrededor de 14 kilómetros bajo lluvia y el viento.

Ya con la masa del regimiento en la base del monte algunos se desmayaban y ya era la una de la tarde, y no habiendo nada para dar de comer, le ordene al encargado del rancho que había llevado latas de dulce de batata que las abra y reparta cada 4 o 5 y ahí pudieron comer, y ganar

energía para armar las carpas. Después fuimos a buscar a los soldados que no podían llegar y que estaban agotados.

Estuvimos dos días al pie del monte Wall y después nos dieron la orden de ocupar una zona de reunión en el monte para instalar una zona de reserva arriba subimos y armamos una carpa grande tipo comando, pero más grande. Era antigua y funcionó como enfermería, mientras no había combate en donde se hacía revisión al personal y curaciones y cuando se inició el combate pasó a ser puesto socorro.

Estuvimos ahí desde el 29, 30 de abril durante un mes y trascurridos los días el 29 de mayo al caer Darwin, el regimiento se dividió en dos: una mitad se fue al monte Harriet y la otra, al Dos Hermanas. Yo permanecí en Monte Harriet, mientras que al otro monte enviaron al Teniente Primero médico Alejandro Steverlynck.

Durante el combate no tuvimos capacidad de evacuación por lo que cuando había heridos, bajábamos al camino y los evacuábamos con propios vehículos a Puerto Argentino.

A razón de que hubo muchos heridos por esquirlas, pero no heridas de gravedad porque la turba amortiguaba las explosiones, los camilleros no venían al puesto de socorro si no que directamente desde el frente lo bajaban al camino y los evacuaban.

Al puesto socorro llegaron algunos heridos más graves. Una noche vino un herido, al que tuve que atender por estar eviscerado por una esquirla y lo mantuve en el puesto de socorro hasta otro día, siendo finalmente evacuado y sobrevivió. Tuve algunos otros casos, pero pocos. La masa de los heridos durante esos días fue por esquirlas y se les bajaba el camino y de ahí se los llevaba a Puerto Argentino. Por el otro lado, desde el monte Dos Hermanas, también con propia tropa, con propio vehículo, los llevaban de ahí al hospital.

Finalmente, la noche del 11 al 12 de junio vino el combate final. Los ingleses atacaron, hicieron un aferramiento por el frente y un ataque de envolvimiento por la retaguardia del flanco en el Monte Harriet, tomando la sección morteros pesados y después ocupan el puesto de

socorro. Todo el personal de la enfermería cae prisionera conmigo. Mientras se mantenía el combate, el regimiento se repliega a la parte más alta del lado de Monte Harriet y de ahí se hace fuerte todo lo que puede.

Cuando los ingleses nos tomaron prisioneros nos llevaron a su retaguardia junto con el personal herido de ellos y propios y esa zona posteriormente fue batida por nuestra propia artillería porque cuando el jefe de regimiento vio que tenía la zona copada por los ingleses pidió apoyo de artillería para que frene la línea de avance, y con este fuego se hiere a un suboficial y 2 soldados que trabajan conmigo, también fallece un inglés que estaba en la zona. Desde ahí, yo le di apoyo a los ingleses, que me dijeron en inglés si quería atender a los heridos, le dije que sí. Y vi los heridos que yo tenía ahí. Incluso vino un paramédico inglés que me dio medicación, me dio morfina que tenía, le aplicamos a un soldado nuestro.

Y quedamos ahí a pasar la noche. A la madrugada ya casi de día, nos hicieron bajar al camino en donde reunimos a los heridos. Marché con los heridos al hospital de Fitz Roy, en Bahía Agradable. Allí había un hospital quirúrgico móvil británico. Ahí el director del hospital, porque manejo el idioma inglés me conmino a que por la Cruz Roja colaborara con los heridos argentinos, le dije que sí y ahí los recibí para dar apoyo y el sostén psicológico y demás. Los ingleses atendieron muy bien al personal. Vi personalmente como hacían pasar a quirófano a un herido argentino antes que a un inglés porque estaba más herido. La mayoría de los heridos de mi regimiento se atendieron muy bien en donde estaba el Sir Galahan.

Después estuve en el campo de prisioneros, en un galpón de esquila siempre manteniendo el tema de la Cruz Roja. Me dijeron si quería verificar los baños que habían preparado. Hice una inspección, le dije que estaba bien. Posteriormente pedí que apoyaran con unos cueros de oveja por el frio. Finalmente entregaron un cuero de oveja cada uno. Se pasó mejor la noche y luego estuvimos dos noches más en el galpón y fuimos al hospital.

Nos llevaron de ahí a San Carlos a un frigorífico abandonado, estaba mejor al menos no pasábamos frío. Ahí perdí contacto con mi personal, podía ver a los soldados, y los crucé, pero no pudimos actuar como sección Sanidad, sino que simplemente individual.

Finalmente estuvimos 15 días en San Carlos y siendo el 14 de junio había finalizado la guerra.

Cucchiara., J. (1982). Habilidad de los médicos para atender a los heridos en tiempos de guerra.



Recuperado de <https://www.infobae.com/def/defensa-y-seguridad/2020/05/23/medicos-de-malvinas-recuerdos-valor-vocacion-de-servicio-y-amor-a-la-patria/>