

Los Servicios Sanitarios en una operación de desembarco aéreo

Por JOSE APARICIO DE SANTIAGO
Comandante Médico del Aire.

(Ensayo.)

El funcionamiento ortodoxo del Servicio de Sanidad en campaña está condicionado a la sucesión sistemática de la recogida de bajas, primera cura sobre el campo de batalla, clasificación, transporte e intervención quirúrgica dentro del ecléctico espacio libre de tiempo de Friedrich.

La aplicación de estos principios fundamentales sobre la recuperación de las bajas, basamento primordial de la Sanidad en la guerra operativa, resulta casi siempre factible en todos aquellos Ejércitos que, además de estar perfectamente organizados, cuenten siempre con retaguardia propia. Todo ello resulta virtud de los principios que permanecen inalterables, aunque varíen los medios que se pongan en práctica.

No ocurre, en cambio, así cuando el Ejército operante emplea el espacio como finta de ataque, y a la Aviación como medio. Las tropas conquistadoras, sin más nexo de unión con sus propias bases que las que le proporcione el espacio mismo, no podrán nunca contar con la puesta en juego de los principios fundamentales de la recuperación de las bajas, de la plenitud del Servicio de Sanidad, en una palabra, mientras no se cuente con el dominio absoluto del cielo, tanto del teatro simple de operaciones como del que vale de anastomosis con los centros básicos estratégicos.

En fin de cuentas: de contar con una retaguardia simbólicamente superficial dentro de las amplias posibilidades del espacio, donde se puedan desarrollar y poner en práctica esos cinco puntos fundamentales de desenvolvimiento del Servicio.

El problema resolutivo estriba en adaptar los servicios sanitarios a las diferentes fases del combate que caracterizan a una invasión aérea. La sistematización es posible que re-

sulte un tanto complicada a primera vista. pero en el fondo responde a una concepción orgánica de inestimables ventajas para sus fines, cual son las seguridades en el alto porcentaje de la recuperación de las bajas.

A nuestro entender, toda operación de las calificadas como "cabezas de puente aéreo" constan de tres fases:

a) Lanzamiento de paracaidistas o fase ofensiva de ocupación momentánea y fugaz en precario.

b) Refuerzo defensivo con la llegada de unidades aerotransportadas en planeadores, con misión de afianzamiento y ocupación del terreno previamente señalado por el Mando.

c) Fase ofensiva propiamente tal, que coincide con el establecimiento de la retaguardia a través de la Aviación, con sus aviones de transporte, con etapas de ida y vuelta, valiéndose de la plataforma terrestre, ocupada y sostenida en las fases precedentes.

El Servicio de Sanidad tiene forzosamente que adaptarse a este orden cronológico de acontecimientos y tener vida, desde el primer momento, de acuerdo con los cinco puntos básicos mencionados, pues aunque se altere la ordenación sucesiva citada, desde la recogida del herido a su intervención quirúrgica, todo ello será debido al imperativo de las circunstancias, que en nada modificarán la doctrina, y, en cambio, se beneficiarán los resultados.

El problema fundamental reside en la conjugación de los medios sanitarios que podamos poner en práctica en las dos primeras fases operantes, en las que la función asistencial tiene que estar forzosamente encuadrada en los escasos límites que toda incomunicación produce, y donde la incógnita tiempo es de consecuencias vitales para el sostenimiento y tratamiento de los heridos,

Primer punto a estudiar es el referente al servicio sanitario que debe llevar toda Unidad de paracaidistas, y donde su función no puede limitarse al pequeño margen que al oficial médico de una Unidad ordinaria de Infantería terrestre le está encomendado.

En efecto: el primer distingo entre una y otra Unidad combativa consiste en que la Unidad tradicional de Infantería lleva sólo un oficial médico, o dos como máximo, y el personal subalterno, de escasa idoneidad, está directamente en cantidad con el número de las Compañías existentes en la plantilla. Todo esto se halla acorde, siempre que tengamos que se ponga en práctica el precepto fundamental de cura de urgencia, clasificación inhomogénea y rápido transporte a retaguardia para su inmediata intervención quirúrgica en las instalaciones de campaña.

Esta simple concepción resuelta favorablemente en la mayoría de las circunstancias en que se manobra con retaguardia propia, es inaplicable al caso de las Unidades de paracaidistas que no cuentan, de antemano, con las garantías quirúrgicas de toda operación militar encasillable, "a priori", en el título de normales o tradicionales, es decir, sobre la tierra firme y con todo el dispositivo militar en la retaguardia inmediata.

Es, pues, necesario, ampliar el cometido asistencial del personal médico de las Unidades de vanguardia del Ejército del Aire. El sostenimiento de los heridos, durante todo el tiempo posible hasta su mediata intervención—siempre condicionada a la marcha de los acontecimientos—, ha de ser el principal objetivo a seguir por los oficiales médicos de estas Unidades de Paracaidistas. Y entendemos por sostenimiento de las bajas todas aquellas indicaciones terapéuticas a poner en práctica para reanimar y mantener las fuerzas de los heridos hasta su intervención quirúrgica en un próximo mediato.

Se ha de comprender que el número de oficiales médicos ha de ser tantos como el de Compañías, más uno en la P. M. que asumirá la Jefatura de este minúsculo Servicio de Sanidad en funciones. Y uno precisamente por Compañía operante, porque la característica combativa de estas Unidades es la habilidad y la dispersión, tratando de constituir cada oficial médico en el combate una especie de núcleo o puesto secundario de curación y sostenimiento, con la fisonomía de

auténtico nido de heridos, muy distinto a los que señalaban como tales en los antiguos Reglamentos, y hoy desaparecidos en los escalonamientos sanitarios de las Divisiones terrestres.

Vemos, pues, que en la función de recogida y transporte hasta el puesto secundario, a la curación ha de concedérsele un rango distinto, y al sostenimiento de las fuerzas del herido un matiz de novedad. Lo que queda relegado a un valor secundario es la clasificación inmediata, pues solamente ésta tendrá valor real y efectivo cuando podamos injertar la asistencia quirúrgica. Los elementos nos pueden ser factibles mientras no dispongamos de un área de ocupación y de seguridad.

Este aparente lujo de personal sanitario está plenamente justificado por dos razones de gran fundamento: primero, porque al servicio de estas singulares tropas del Ejército del Aire debe de proveérselas de todos los elementos que traten de elevar y sostener los factores morales. Y la moral de un combatiente se refuerza de una manera extraordinaria, cuando el propio soldado sabe, de antemano, que desde el mismo instante que deja de ser un elemento activo en la batalla, tiene asegurada su asistencia sanitaria. A este respecto es conveniente recordar que los Reglamentos del Cuerpo de Sanidad del Ejército de Tierra no se oponen a la incrustación de determinados escalones sanitarios en o dispositivos poco tácticos, con tal de beneficiar el rendimiento de unas determinadas tropas que combatan en posición incómoda.

No puede, pues, extrañar que tratemos de dotar a las Unidades de Paracaidistas con un denso plantel sanitario, hasta las más débiles unidades elementales.

La segunda razón de peso no es preventiva, como la anterior, sino realista en toda su extensión, y consecuencia de las circunstancias que la rodean; y es, sencillamente, que no existiendo posesión material del terreno en toda la extensión que opera una Unidad de Paracaidistas, sino dominio del mismo, los espacios libres no pueden contar para itinerarios de enlace material, y, por tanto, la función de recogida, curación y sostenimiento de las fuerzas del herido, hasta su tratamiento por intervención quirúrgica, tiene que encontrarse atomizada en el área de los núcleos fundamentales de una

Compañía operante, y subdividida por las secciones y hasta pelotones. Al oficial médico de estas Unidades tiene que ayudársele forzosamente con un personal idóneo.

Se comprende, ante la vista de lo enumerado, que el material de curación que han de llevar las Unidades de Paracaidistas ha de distar en mucho del que llevan las Unidades terrestres propiamente tales. Nos pronunciamos por la inclusión de determinado instrumental quirúrgico, en especial el dedicado a ligaduras (para determinados casos de larga espera e insostenible situación para el mantenimiento de un tortor), gran cantidad de férulas y gotieras metálicas, y material diverso medicamentoso destinado al sostenimiento del estado de los heridos para que lleguen en las mejores condiciones posibles a las manos de los cirujanos, amén de la superabundancia de apósitos de cura necesarios.

Al encontrarnos con la puesta en marcha de la segunda fase, caracterizada por la llegada de grandes refuerzos de infantería, con sus correspondientes bases de fuego y apoyo de material semipesado, pero con misión concreta de ocupación absoluta del área dominada por los paracaidistas, el Mando sanitario tiene ocasión de una nueva ordenación del Servicio de Sanidad, y cuyo cuidado primordial ha de estar encaminado a la recuperación de las bajas dispersas, tanto en los nidos de heridos como en los Puestos secundarios y principales de socorro de las Unidades que hayan entrado en fuego desde los primeros momentos.

La cuestión a discutir es si se deben intervenir quirúrgicamente los heridos en ese preciso momento, o, por el contrario, se les debe someter a una pauta de espera hasta que lleguen todos los elementos de la fase final.

La lógica manda en estas circunstancias, como en otras muchas. Y la realidad nos dice que la mayoría de los heridos, por muy bien que hayan transcurrido los acontecimientos militares, han de llevar bastantes horas en espera sin más curas ni atenciones que las elementales que nos fueron impuestas por las circunstancias.

Ante esta situación, que el Mando Sanitario debe prever o estar informado, *no hay inconveniente alguno* en que entre los elementos enviados en los planeadores vaya en toda su integridad el Equipo Quirúrgico (con

núcleos de transfusión y de reanimamiento), que ha de tener la virtud de resolver todos aquellos casos de urgentísima intervención. Se podrá argüir que lo imprescindible para la actuación de esta formación quirúrgica ha de ser la existencia del mínimo confort. Es cierto, pero no olvidemos que muchas operaciones de desembarco aéreo han de estar orientadas para la conquista de un aeropuerto fijo o de campaña, con todas sus instalaciones afines, y entre éstas las de defensa pasiva u otras semejantes pueden sernos de utilísimo servicio.

El E. Q. ha de ir encuadrado en un Puesto principal de Socorro, con funciones de clasificación homogénea y breve encamamiento de campaña. El jefe médico de esta formación sanitaria sería el jefe de Sanidad de todo el dispositivo militar en marcha.

En este momento, análogamente a como ocurría en la primera fase, nos hallamos imposibilitados de cumplir uno de los postulados enunciados en las primeras líneas, y es el de la evacuación de bajas en la medida de nuestros deseos y necesidades. Pero aun cuando no hayamos conquistado todas las premisas de la recuperación, no es menos cierto que hemos dado un salto de gigante en lo referente a los resultados sanitarios.

Por otra parte, la evacuación de las bajas las podremos ordenar dentro del sector de tierra firme que pisamos, aun cuando con cierta peculiaridad, con un sentido ortodoxo, ya que los itinerarios de la superficie son ya terreno propio conquistado, y aun asegurado por el dominio del cielo por nuestras propias armas. Los medios de transporte estarán en consonancia con el fuste y capacidad de los planeadores empleados; si en la conquista de Creta fueron simples vehículos los que se encargaron de la misión de transporte de heridos, en los tiempos actuales se puede pensar que sean análogos por su capacidad y rendimiento a los empleados como habituales.

La comparación del funcionamiento sanitario, aplicada a esta fase de afianzamiento del terreno, puede hacerse perfectamente con el que se efectúa en la llamada guerra estabilizada, o mejor dicho, a la de una amplia zona de batalla aislada por el enemigo. Solamente nos falta la disponibilidad de los medios del espacio para poder disponer de nuestras decisiones. Y estos medios no han de hacerse esperar.

Sintetizando, contamos en estos momentos con los siguientes jalonamientos sanitarios: Puestos de socorro de Unidades combatientes, ya organizados con sentido; itinerarios practicables y medios de evacuación; Puesto de clasificación secundario y principal, y Puesto de Socorro principal, con E. Q. anexo y disponibilidades simbólicamente hospitalarias. Y al frente de todo ello un jefe médico del Servicio, adelantado del director del Servicio de Sanidad del conjunto estratégico de la operación.

Ordenado el Servicio con arreglo a estos principios, la misión fundamental de la Jefatura de Sanidad de las Tropas operantes estriba en clasificar a todas las bajas existentes con arreglo al criterio de gravedades quirúrgicas y tenerlas preparadas, lo mismo las intervenidas por el E. Q. que las diferidas de intervención, para la rápida evacuación por el aire en el momento mismo de arribada de los primeros aparatos de transporte aéreo.

La característica sanitaria de la tercera fase es la de una auténtica dirección médica de los Servicios de Sanidad de un Ejército.

Y ni que decir tiene que esta superior misión le ha de estar encomendada al Servicio Sanitario del Ejército del Aire, ya que el planteamiento estratégico y hasta el desenvolvimiento táctico, aun con tropas propias, o sin ellas, el Ejército del Aire ha de ser el responsable de desarrollo y de los fines a conseguir.

La llegada del dispositivo militar ofensivo, con todas sus consecuencias, ha de imprimir a las operaciones militares, lo mismo que a sus Servicios, el sello característico de toda operación ofensiva.

La Dirección de los Servicios Sanitarios atenderá el cumplimiento de sus dos aspectos fundamentales, que son: la recuperación de las bajas en la plenitud de sus postulados, y al sostenimiento de los hombres efectivos. La realidad de estos conceptos no ha podido llevarse a efecto mientras no se abriera al tráfico la continuidad de las evacuaciones y la permanencia de los suministros. No importa que el hecho se produzca por el aire, si existe el realismo práctico, pues a la continuidad virtual nos debemos.

En lo concerniente al primer punto, o sea el de la recuperación de las bajas, el Servi-

cio se moverá siempre con arreglo al número total de Grandes Unidades operantes, para establecer otros tantos Puestos principales sanitarios de Gran Unidad, con sus anexos quirúrgicos y Puestos principales de Clasificación correspondientes. Y asimismo, por corresponder a la misión de una Dirección Médica de Gran Unidad estratégica, ordenará el transporte de bajas a puntos determinados a distancia, bien a través de Puestos de relevo (dentro ya de la retaguardia propia) o directamente, por resultar ser así factible de acuerdo con las posibilidades jurisdiccionales de acción de la Flota.

Los aviones encargados de la evacuación de las bajas serán los mismos que han servido como transporte de tropas y vituallas, previa adaptación a fines sanitarios. Las Tropas de Sanidad dependientes de la Dirección Médica de los Servicios Sanitarios, y portadoras del material necesario de tipo "standard" para acondicionar con un mínimo de confort a los mencionados aviones, habrán sido previamente las portadoras del citado material, de fácil manejo y nada complicada estructura. Y a ellas corresponde su acondicionamiento.

El único inconveniente que se puede presentar a este procedimiento de evacuaciones es el de resultar nada acordes con los distintos acuerdos adoptados por todas las naciones civilizadas sobre la primitiva Convención de Ginebra de 1863 sobre neutralización de los medios de transporte sanitario. Porque si bien es verdad que hemos de utilizar los aviones de guerra propiamente tales, no es menos cierto que a esta determinación se han visto obligados todos los beligerantes, a aceptarla por un principio de economía y de necesidad, siendo esta una típica servidumbre de los Servicios, a claros y precisos principios tácticos.

En lo que respecta a la conservación de los efectivos hombres, el Servicio de Sanidad debe orientar sus instrucciones y puesta en práctica en el saneamiento del campo de batalla en general, y en el análisis de aguas y productos que puedan ser base del suministro de nuestro Ejército operante. Y con respecto a las medidas a tomar con el personal civil y prisioneros de guerra, obrará en consecuencia con la información previa que de tales extremos se tengan y con la realidad que nos encontremos.

He aquí la síntesis de lo que tiene que ser-

un Servicio de Sanidad en una operación de desembarco aéreo con fines inmediatos o mediatos de ocupación de un terreno sobre la retaguardia de un Ejército enemigo. Las soluciones de continuidad que se observan en las distintas fases de la batalla terminan por ligarse unas con otras a medida que el cariz táctico lo permite, y adquirir, al final de todas ellas, la plenitud de funciones que siempre ha de caracterizar a un Servicio de Sanidad en funciones.

Las decisiones del Mando Sanitario están encajadas en el siguiente marco:

Planteamiento estratégico: El director médico del Servicio de Sanidad, por medio de los conocimientos que proporcione la información propia, dará las instrucciones convenientes a los escalones sanitarios inferiores para todo lo referente que conduzca a un perfecto estado de preparación y conservación de las tropas operantes (preparación farmacológica de los paracaidistas, etc.), así como de la distribución del material que se considere oportuno.

En lo referente a la información del enemigo: Estado de salubridad del país donde se vaya a desencadenar la ofensiva (vacunaciones previas específicas de los combatientes) y posibles medios de aprovechamiento en general.

Desarrollo táctico de la operación: Abastecimiento de servicios en la medida de la demanda y desgaste de los mismos, dentro de las normas señaladas, tanto en lo referente a la recuperación de las bajas como en el aspecto de conservación de los efectivos hombres, entrando cada servicio en acción en el momento justo de su preponderancia. El señalamiento de entrada en funciones del E. Q. y sus órganos acompañantes, así como la entrada efectiva en vigor de Jefatura de Servicio de Sanidad en la fase operante oportuna es misión decisiva del director médico de la G. U. estratégica.

Fase final: La retirada de todas las bajas a distancia, el saneamiento del campo de batalla y las primeras atenciones para con la población civil y militar del terreno conquistado, en su versión sanitaria o de prevención de epidemias y pestilencias, serán los postulados a seguir por la Dirección Médica de la G. U. estratégica, acompañado todo esto de la correspondiente memoria descriptiva y estadística de las bajas y motivo de las mismas, tanto por la acción de las

armas como por los efectos de los agentes climáticos, traumatológicos e infectantes.

Sólo nos queda, como final de esta rápida cinemática de funciones, decir dos palabras sobre el tema jurisdiccional en materia de Sanidad.

En nuestra opinión, la operación, sanitariamente hablando, es privativa del Mando de Sanidad del Ejército del Aire por las siguientes razones:

a) Por su planteamiento: El Mando estratégico del Aire pide asesoramiento a sus Servicios de todo lo relacionado con los mismos.

b) Por su desarrollo primario: Todas las vicisitudes de la batalla han de depender de la eficacia del Arma aérea, y, por ende, el de desenvolvimiento previsto del rendimiento que den sus propias Armas y Servicios.

c) Por la realidad de la fase final: El sostenimiento y la vida del Ejército transportado a la retaguardia del enemigo dependen exclusivamente del abastecimiento por el aire, y los movimientos tácticos de la eficacia "artillera" de la Aviación. El aseguramiento de la "permeabilidad de las rutas del aire", enlace del campo de batalla con las bases nutricias, es también privativo del Ejército del Aire. El Servicio de Sanidad es, por tanto, servidumbre del mismo Ejército, tanto para la materialidad del transporte de bajas en general como para la dirección de las mismas. La operación resulta, como hemos podido ver, físicamente aérea, y el funcionamiento del Servicio que nos ocupa pertenece a la más pura unidad orgánica.

Creemos haber puesto a contribución de un problema, bastante erizado de dificultades técnicas, las suficientes razones para poder haber logrado una sistematización del Servicio de Sanidad en campaña, y en asunto tan importante y de tanta actualidad como lo es el uso del espacio como maniobra envolvente.

Vemos, por todo lo que puede acontecer en esta clase de maniobras, que no hay subversión de principios, y que, como siempre, hay una revolución causada por los medios, y en este caso corresponden todos al Arma aérea.

La perfección de estos medios estriba en detalles, y dependerá única y exclusivamente del progreso de la industria en general, y del de la Ciencia médica en particular, en perfecta coordinación y conjugación de esfuerzos.