

Participación de la Sanidad Militar del Aire en la Guerra del Golfo

MARIO MARTINEZ RUIZ
HOSPITAL DEL AIRE.
Comandante médico

El permiso del verano 90 llegaba a su fin y pocos sanitarios del EA (médicos y ATS militares) podíamos siquiera imaginar lo "caliente" que sería la temporada otoño-invierno. Aquella noticia del 2 de agosto era preocupante, pero no por ello parecía próxima, al menos en la presumible repercusión que podría tener a tan corto plazo sobre la sanidad del EA español. Sin embargo, esa noticia marcaría la vida de algunos de nosotros que se verían involucrados, en mayor o menor medida, en el conflicto del Golfo Pérsico.

Mucho se ha escrito sobre el apoyo sanitario español en la Guerra del Golfo, tal vez demasiado y mal. Ahora, con la indudable ventaja del tiempo pasado desde entonces, quiero relatar aquí cómo se gestó y desarrolló esta operación sanitaria en nuestro ejército y especialmente el impacto que a nivel humano supuso. Fue un duro examen para la Sanidad del Aire, pero lo superó con creces obteniendo un sobresaliente reconocido internacionalmente.

A menudo se nos pregunta: ¿qué es antes, médico/ATS o militar? La respuesta no es fácil, pero sólo hay una: los dos. Y es que es curioso, pero la experiencia así lo apoya, que el médico o ATS militar, contra cualquier pronóstico, guarda un espíritu militar envidiable en las FAS. Por ello, cuando se ha unificado la sanidad, cuando se nos ha separado de nuestro ejército de procedencia y despojado de nuestro uniforme, cuando se cuestiona nuestra misión y se desconoce nuestro futuro, todavía permanece en nosotros un cariño entrañable a todo lo que representa nuestro EA. Y digo esto porque el uniforme y la bata

blanca llegan a fundirse de tal modo que la separación artificiosa entre sanidad asistencial y logístico-operativa llega a ser eso: una entelequia artificial y artificiosa.

CUANDO LLEGUE SEPTIEMBRE...

Septiembre 90. Una pregunta confidencial planea sobre el Hospital del Aire y el resto de Secciones de Sanidad de las Unidades del EA. ¿Existen voluntarios para una acción en el extranjero?. Todos nosotros suponíamos el motivo, por ello la respuesta siempre era otra pregunta: se trata del Golfo ¿verdad?. En cualquier caso la disposición de todo el personal siempre fue encomiable a sabiendas de enfrentarse al peor enemigo en este tipo de misiones: la incertidumbre.

La experiencia en Namibia estaba aún fresca en nuestra memoria. Pero esto era diferente, aquí la Guerra era

tan real como la mostraba la televisión, la tensión mundial crecía por segundos y las noticias pesimistas hablaban de repercusiones inimaginables.

De todas las Unidades se hizo una primera selección del personal militar sanitario teniendo en cuenta las características idóneas para la misión: especialidad, idioma, disponibilidad y voluntariedad. De esta forma se formó una primera promoción integrada por 5 médicos y 15 ATS distribuidos en 5 equipos sanitarios, cada uno con un jefe u oficial médico y 3 oficiales ATS.

La misión siempre oscura, incluía la preparación del personal en aspectos logísticos aéreos sanitarios (impartidos fundamentalmente por los servicios de protección radiológica y UVI del Hospital del Aire), así como la medicalización del T10, a propuesta de la UEO, con el fin de dotarlos convenientemente para posibles aero-evacuaciones médicas.

CUADRO 1. COMPONENTES DE LOS EQUIPOS AEROMEDICOS ESPAÑOLES QUE LLEGARON A SALIR DE NUESTRAS FRONTERAS

EQUIPO NUM. 1			
T. Col. Médico	D. VICENTE NAVARRRO RUIZ	(Vol.)	(Hospital del Aire)
Tte. Auxiliar	D. JOSE CARO FRIAS	(Vol.)	(Hospital del Aire)
Tte. Auxiliar	D. JOSE ROVIRA EGIDO	(Vol.)	(Hospital del Aire)
Alfér. *	D. FERNANDO PEREZ CAMACHO	(Vol.)	(ALA núm. 35)
EQUIPO NUM. 2			
Cap. Médico	D. JOAQUIN OLMEDA RODRIGUEZ	(Vol.)	(Hospital del Aire)
Alfér. Auxiliar	D. QUINTILIO ORTIZ LOPEZ	(Vol.)	(Hospital del Aire)
Alfér. *	D. JOSE OLMOS GARCIA	(Vol.)	(Hospital del Aire)
Alfér. *	D. JESUS J. CRUCEIRO DE MIGUEL	(Vol.)	(Policl ^a CGEA)
EQUIPO NUM. 3			
Cap. Médico	D. ANDRES GOMEZ VALENZUELA	(Vol.)	(Hospital del Aire)
Tte. Auxiliar	D. FRANCISCO BLAZQUEZ MOÑINO	(Vol.)	(Hospital del Aire)
Tte. Auxiliar	D. FABIO CARRETERO MORENO	(Vol.)	(Hospital del Aire)
Tte. Auxiliar	D. JUAN F. GARCIA GONZALEZ	(Vol.)	(Policl ^a CGEA)

Así, los tres primeros equipos (cuadro 1), que a la postre serían los que participaran realmente en la misión, siguieron un curso intensivo de formación en guerra NBQ, reanimación cardiopulmonar (RCP) y aeroevacuación médica.

NAVIDADES...¿BLANCAS?

Por entonces las noticias eran cambiantes y seguidas con sumo interés. Radio "macuto" era insoportable. Pronto lo que parecía un juego iba tomando cartas de realidad. Hasta los más serenos empezaban a impacientarse. La ansiedad impedía conciliar el sueño. Las alertas localizadas, los "busca", se hacían notar. Las posibilidades, ya reales, de una marcha inmediata, sin saber el dónde, ni cómo, ni cuándo, terminarían por presionar la vida afectiva y familiar de los candidatos. El tiempo pasaba y el nerviosismo crecía. Sólo el espíritu militar a que antes hacía referencia lograba dominar esta situación.

En el Hospital las bromas eran fre-

CUADRO 2: COMPONENTES DE LOS EQUIPOS AEROMÉDICOS QUE QUEDARON EN RESERVA

EQUIPO NÚM. 4			
Cap. Médico	D. JOSE M. DELGADO PÉREZ	(Vol.)	(Hospital Aire)
Alf. Auxiliar	D. JUAN J. PORCAR PORCAR	(Vol.)	(Polic ⁹ . MATRA)
Alf. Auxiliar	D. JOSÉ L. BANCALERO FLORES	(Vol.)	(GCG. MATRA)
Alf. Auxiliar	D. FRANCISCO CLEMENTE GUZMÁN	(Vol.)	(ALA núm. 21)
EQUIPO NÚM. 5			
Comte. Médico	D. VICENTE RICO CONSUELO	(Vol.)	(ALA núm. 35)
Alf. Auxiliar	D. GERMÁN RUIZ PÉREZ		(G.E. Matacán)
Alf. Auxiliar	D. CARLOS PÉREZ RODRIGUEZ		(ALA núm. 31)
Alf. Auxiliar	D. FRANCISCO J. VEGA VEGA		(E.V.A. núm. 1)
EQUIPO NÚM. 6			
T. Col. Médico	D. ANTONIO MUÑOZ CARIÑANO	(Vol.)	(MAES Sevilla)
Alf. Auxiliar	D. MANUEL JIMÉNEZ HERRERA	(Vol.)	(Polic ⁹ . MATA C)
Alf. Auxilira	D. JESUS RUIZ DE LA ROSA	(Vol.)	(MAES Sevilla)
Alf. Auxiliar	D. FERNANDO DUQUE COLLADO	(Vol.)	(ALA núm. 21)
EQUIPO NÚM. 7			
Comte. Médico	D. JOSE LUIS GARCIA ALCÓN	(Vol.)	(ALA núm. 23)
Tte. Auxiliar	D. BENJAMÍN OSMAN MONTES DE OCA	(Vol.)	(ALA núm. 23)
Alf. Auxiliar	D. SANTIAGO ARQUEROS BALAGUER	(Vol.)	(Polic ⁹ . MATRA)
Alf. Auxiliar	D. JULIÁN BODEGUERO SÁNCHEZ	(Vol.)	(GCG MATRA)
EQUIPO NÚM. 8			
Tte. Médico	D. JUAN A. LARA GARRIDO	(Vol.)	(Hospital Aire)
Tte. Auxiliar	D. EDUARDO MEANA TRUJILLANO		(E.V.A. nº 4)
Alf. Auxiliar	D. FRANCISCO CERVANTES BERNAL		(ESC. PARACAID.)
Alf. Auxiliar	D. MARCO A. CORRONS ESPARZA		(E.V.A. núm. 5)
EQUIPO NÚM. 9			
Comte. Médico	D. MANUEL GONZÁLEZ CALVO	(Vol.)	(Hospital Aire)
Tte. Auxiliar	D. JUAN M. QUINTANILLA MARTÍNEZ		(A.M. Villafra)
Alf. Auxiliar	D. JUAN MANUEL GARCÍA DÍAZ		(B.A. MÁLAGA)
Alf. Auxiliar	D. MANUEL DÍAZ NAVARRO		(E.V.A. nº 3)



Componentes de los equipos aeromédicos españoles en el momento de su salida hacia la base de Bricy.



Instalaciones y equipos médicos del Hospital del Aire se sumaron a los de la cadena internacional de evacuación de bajas de UEO y EE.UU. con 150 camas disponibles.

La lista de convocados crecía hasta donde la imaginación lo permitía. Así se formaban equipos curiosos y cómicos, difíciles de imaginar en acciones de este tipo. Los veíamos haciendo historias clínicas interminables y rellenando volantes del ISFAS en el desierto. Se hicieron fotocopias de un carné de conducir dromedarios en el desierto. Se contaban anécdotas sobre los problemas



Componentes aeromédicos españoles a bordo del T10

del voltaje y del WC del T10, sobre las improvisadas raciones alimentarias ideadas, a vista de supermercado, para la aeroevacuación, o sobre la cremallera de las bolsas portacadáveres, que sólo cerraban por su interior. El infatigable Tcol médico. Navarro Ruiz, Jefe de los Equipos, invencible siempre al desaliento, se encargaba de mantener la moral y de animar a todos los "golfos".

La fiesta de la Patrona de Aviación llegó y todo seguía igual. Algunas caras hablaban por sí mismas (incluyendo las de las respectivas esposas). La Navidad estaba ahí y las familias notaban la tensión. Las palabras del entonces jefe de servicios, Col. Rodríguez Hernández, con ocasión del inicio de los permisos de Navidad, auguraban una Navidad y año nuevo movidos para el hospital.

COMIENZA EL ESPECTACULO

El año nuevo también llegó con novedades para el resto del personal sanitario del Hospital del Aire. Decididamente se confirmaba la implicación de nuestro hospital en la cadena internacional de evacuación de bajas de la UEO, pero también la oferta asistencial de las posibles bajas de EE.UU.. Con ello se adecuaron medidas encaminadas a disminuir la presión asistencial del hospital con el fin de diferir intervenciones quirúrgicas programadas e ingresos hospitalarios no considerados como urgencia vital, y así garantizar, en todo momento, la existencia de 150 camas y la máxima operatividad. Esta puesta a punto para las nuevas y duras circunstancias que se avecinaban para el personal sanitario del hospital y para los posibles expedicionarios, era labor diaria intercalada en la medicina asistencial rutinaria. Por entonces, el jefe de servicios del hospital mantenía reuniones frecuentes con la plantilla para informar puntualmente sobre el desarrollo de los acontecimientos, la organización y asistencia de bajas, la patología y estabilidad de los enfermos esperada, las alertas, fundamentalmente de los servicios quirúrgicos, y la coordinación con el resto de la red hospitalaria militar. Se hizo un plan de emergencia hospitalaria bajo

la supervisión del servicio de Cirugía Plástica y Quemados, presumiblemente con mayor implicación al temerse complicaciones debidas a la guerra biológica y química, formando o reciclando al personal facultativo y auxiliar sanitario en patología derivada de ambiente NBQ y RCP.

Del 11 al 22 de febrero tuvieron lugar, en el Hospital del Aire, los cursos de guerra NBQ y RCP para los equipos 4 a 9 (cuadro 2).

Las alertas eran permanentes, creándose una nueva línea telefónica

con representantes de las Direcciones de Sanidad de los tres Cuarteles Generales (oficiales médicos de enlace), y presidido por el propio General Jefe de la 4ª división (logística) del EMACON. Este comité tenía el objetivo, entre otros, de coordinar el apoyo sanitario español a la UEO y EE.UU., tanto en el aspecto asistencial (red hospitalaria militar) como en logístico operativo (aeroevacuación).

Para la UEO el apoyo español sanitario comprendía la oferta de 790 camas hospitalarias en Hospitales Mili-

CUADRO 3. OFERTA ASISTENCIAL DE LA RED HOSPITALARIA MILITAR ESPAÑOLA A LA UEO Y EEUU

Especialidad Hos.Militar	Cir gen	Traum	ORL	Urol	NBQ							Med	Ofstal	TOT.	
					Cir Torax	Quema Plast	Cir Vas	UCI	Cam HyBar	Cir Maxi	Neur				NBC Int
E.E.U.U.															
Gomez Ulla	40	60	30	5		30	5						40	30	240
Naval	30	30	10	20				5						15	110
Aire	15	20	5	5	10		10	5		5	15	40		10	140
Sevilla	68	68		27		32									195
Zaragoza	50	70	22	20					5					28	195
S. Fernando	40	40	12	13					5					10	120
U.E.O.															
Valencia	54	62	7	15										12	150
Barcelona	30	30	5										30	5	100
La Coruña	20	20	5											5	50
Burgos	20	10	10											10	50
Valladolid	18	18	4	5										5	50
Cartagena	20	25	25	20				5						25	120
El Ferrol	30	30	10	10				10						10	100
Gomez Ulla Aire													160		160
													10		10
TOTAL	435	483	145	140	10	62	15	30	5	5	15	250	30	165	1.790

restringida en el Hospital del Aire.

En aspectos de evacuación sanitaria se realizó con éxito absoluto un simulacro de evacuación desde la Base Aérea de Torrejón al Hospital del Aire, Policlínica Naval y Hospital Militar Gómez Ulla

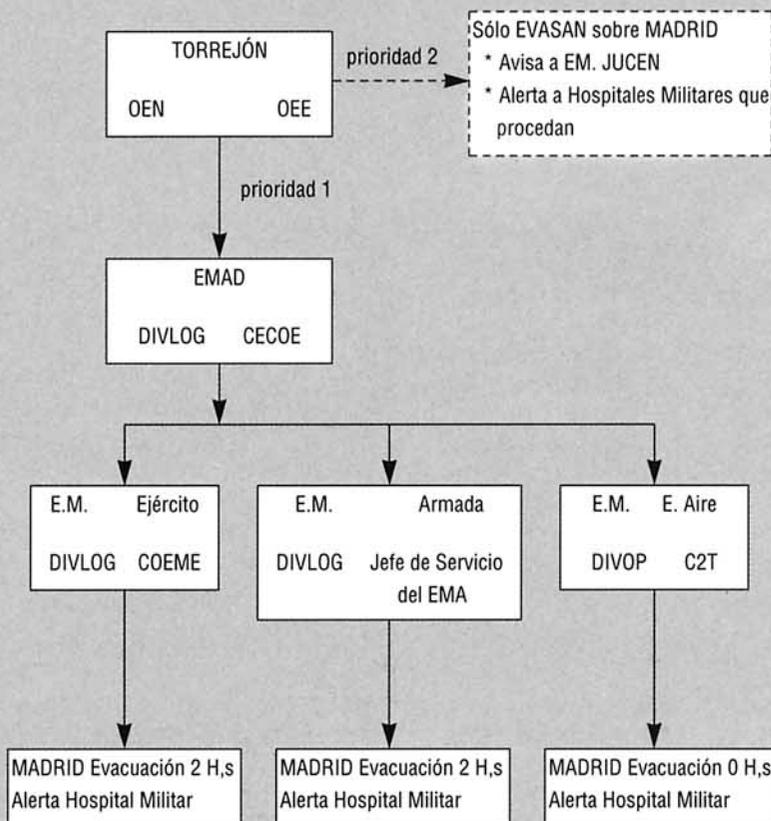
JUNTOS...PERO NO REVUELTOS

Por entonces el nivel de coordinación del apoyo sanitario español a la UEO y EE.UU. se situaba en el Estado Mayor de la Defensa (EMAD), concretamente en la 4ª división del Estado Mayor Conjunto (EMACON), formando un Comité Permanente,

tares, y la aeroevacuación médica mediante aviones medicalizados. Para las fuerzas de EE.UU. la oferta sólo fue asistencial llegándose a las 1000 camas, incluyendo en el grupo EE.UU. a pacientes que, perteneciendo a la UEO, fueran transportados en aviones de EE.UU..

Con el fin de potenciar los recursos humanos y materiales se censó y redistribuyó a soldados médicos o estudiantes de medicina en último año, soldados ATS, conductores y ambulancias (en Torrejón se incorporaron 8 conductores, 8 ATS y 11 ambulancias). Entre las tres regiones aéreas se computaron un total de 13 soldados médicos y 10 soldados ATS que pa-

CUADRO 4: PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE EVACUACIÓN SANITARIO PREVISTO PARA BAJAS EE.UU.



saron a reforzar la plantilla sanitaria de las Bases Aéreas implicadas y del Hospital del Aire.

EL APOYO SANITARIO LOGÍSTICO-ASISTENCIAL

El apoyo sanitario asistencial español a la UEO estaba perfectamente definido con la oferta de 790 camas en la Red Hospitalaria Militar que cubrirían todas las especialidades médicoquirúrgicas. La evacuación a Hospitales Militares españoles tendría lugar en casos de saturación de los hospitales de origen, en aviones C-130 y con el apoyo, para fines sociales, de las Agregadurías Militares involucradas. El enlace español en la cadena de evacuación era el punto de contacto español ante la UEO (POC) del EMAD. Desde allí se informaría a los Estados Mayores de los Cuarteles Generales respectivos, los cuales iniciarían los

planes de evacuación previstos.

En diciembre de 1990, EE.UU. solicitó formalmente 1000 camas de la Red Hospitalaria Militar para bajas procedentes de los tres ejércitos, dado que su Hospital del Ala de Combate de Torrejón (401 TFW Hospital) sólo contaba con 150 camas de cirugía general. EMACON contestó, tras analizar las posibilidades reales de la Red Hospitalaria Militar, afirmativamente a esta propuesta ofertando precisamente 1000 camas, así como los medios de evacuación desde las Bases Aéreas receptoras, si bien EE.UU. apoyaría esta evacuación aportando medios materiales (en el caso de Torrejón con 49 ambulancias y 3 autobuses) y personales (enlaces americanos en los Hospitales Militares con finalidad social y personal médico de apoyo en la Base para la distribución hospitalaria de las bajas).

La oferta completa incluyó 1790 camas en Hospitales Militares, que se distribuyeron por especialidades y atendiendo a los recursos de cada Hospital (cuadro 3).

El procedimiento a seguir para el caso de EE.UU. partía de una supuesta evacuación de 1400 a 1700 bajas diarias (normalmente en aviones C-141 y, excepcionalmente, C-130), de las que un 2% a 5% tendrían por destino España, esto es, de 34 a 85 pacientes por misión de evacuación (7 misiones programadas), adonde llegarían una vez saturados los Hospitales Militares de Alemania y Reino Unido o por razones climatológicas. Saturados los Hospitales Militares de Madrid, las evacuaciones se dirigirían a Rota, Zaragoza y Morón. Aunque los pacientes inicialmente llegarían clasificados y con historia médica completa mediante una "ficha estandarizada de evacuación del paciente", de nuevo serían clasificados en los Hospitales de Tránsito Aéreo (Aeromedical Staging Facility) situados a pie de pista y disponibles sólo en la Base de Torrejón y de Zaragoza. El tiempo medio de estancia por caso previsto en Hospitales Militares españoles era de 15 días.

La configuración del C-141 era de 72 literas, 18 ambulatorios y 10 tripulantes, con una duración de vuelo de unas 8 horas como promedio (rutas desde Daharan, Rydah y Baharain).

La noticia de la aeroevacuación podría llegar a la Base unas 2 horas antes del aterrizaje. El oficial de enlace norteamericano (OEN) sería el encargado de dar la noticia al oficial de enlace español (OEE), quien comunicaría dicha información al EMAD y éste a su vez a los Estados Mayores de los Cuarteles Generales, con el fin de ejecutar los planes de evacuación respectivos. En el caso de Madrid, el OEE avisaría además a la Junta Central de Marina (JUCEN) y alertaría a los Hospitales Militares de destino (cuadro 4).

EL APOYO SANITARIO LOGÍSTICO-OPERATIVO

El acuerdo español con la UEO requería la medicalización del avión español T10 (C-130) para misiones de aeroevacuación médica, razón por la

que no se podía ofertar este tipo de servicio a EE.UU. por estar previamente comprometido.

Como ya se ha mencionado, en octubre 90 se habían constituido 5 equipos médicos para posibles misiones de aroevacuación en el conflicto del Golfo Pérsico a solicitud de la UEO. Los objetivos incluían el cálculo de necesidades técnicas y materiales para el desarrollo de una misión consistente en la aroevacuación de 35 bajas en avión T10.

El MAPER proporcionaría el material necesario (equipos NBQ y para RCP, oxigenoterapia, material quirúrgico y ortopédico, contenedores, etc.) y el Hospital del Aire, a través de su Servicio de Farmacia, realizó la dotación de medicación específica para ambiente NBQ y la necesaria para el tratamiento de heridos por armas convencionales. Se realizaron ejercicios prácticos sobre el T10 en las Bases de Torrejón y Zaragoza con el fin de conocer el medio y resolver los problemas de adaptación de los equipos electrónicos médicos a la red utilizada por el avión sin ocasionar interferencias con los equipos de navegación.

La medicalización del T10 fue problemática dado que no existía doctrina previa en nuestro país ni versiones sanitarias homologadas del avión (de hecho Lockheed no tiene equipos para versión médica estandarizados, sino que trabaja según pedidos). Se acondicionó el avión T10 para el transporte de 35 bajas en literas y 10 pacientes ambulatorios. La tripulación médica quedaba compuesta por un jefe u oficial médico y 3 oficiales ATS por avión. En la composición de cada tripulación sanitaria se combinó la presencia de especialistas en áreas médicas y quirúrgicas, incluyéndose en cada una de ellas por lo menos un miembro con conocimientos suficientes de inglés y/o francés.

El 5 de diciembre del 90 se determinaron los miembros de cada equipo aeromédico y los turnos de alerta para cada uno, decidiéndose tener operativos en cualquier momento a los tres primeros equipos, dejando los otros dos en reserva.

El domingo 24 de febrero del 91 a las 17.30 horas se comunica a cada

uno de los doce miembros el inicio de la operación. Deberían partir a las 7.30 horas del día siguiente desde la Base de Getafe en un T10 hacia la Base de Bricy en Orleáns (Francia), transportando los tres equipos de material médico-quirúrgico previamente confeccionados y almacenados, dos en el Hospital del Aire y uno en la Base de Zaragoza.

A las 9.30 horas del lunes 25 de febrero del 91 se iniciaba el vuelo desde la Base de Getafe con destino a la de Bricy, haciendo escala en la Base de Zaragoza para recoger el material allí depositado (este material no había podido ser transportado previamente a Madrid como estaba previsto).

La llegada a Orleáns se efectuó a las 16.45 horas, teniendo prevista la salida hacia Riad a las 18 horas. El tiempo medio de cada misión se suponía sería de 72 horas. Sin embargo, esta salida hacia Riad nunca tendría lugar. Las noticias a la llegada a Bricy hablaban de 2 muertos y 27 heridos del contingente francés el primer día de la batalla terrestre. Estas bajas no aumentaron significativamente en el vertiginoso avance de las tropas aliadas durante los días que siguieron. Los equipos permanecieron en alerta permanente para posible despegue hacia Riad cada 4 horas de forma indefinida, hasta que el jueves día 28 de febrero 91, tras conocerse el alto el fuego, se decidió a las 18 horas finalizar la operación.

El viernes día 1 de marzo del 91 regresaba la misión española, despegando a las 9.45 horas y tomando tierra en la Base de Getafe a las 12.45 horas.

En toda la operación quedó patente la excelente preparación de los equipos sanitarios españoles, hecho que fue reconocido por la Sanidad francesa. La perfecta compenetración con las tripulaciones de vuelo que hicieron posible la misión, fue un factor decisivo en el éxito de la misma. Contrariamente a los equipos sanitarios españoles, los franceses no incluyeron médicos ni ATS especialistas hospitalarios. La dotación humana de su C-130 (largo) estaba formada por 2 oficiales médicos y 6 ATS generalistas procedentes de Bases. Al no

contar tampoco con equipos de control y monitorización, solamente estaban capacitados para el transporte de casos previamente estabilizados. Por lo que pudieron ver y escuchar nuestros expedicionarios, no estaba muy cuidado el conocimiento de idiomas extranjeros, hecho de capital importancia en una operación multinacional de esta envergadura. Los tripulantes y los medios del C-130 (largo) belga, que también acudió a Bricy al día siguiente de la llegada de la misión española, eran muy similares a los franceses en su composición y cualificación. Por el hecho de ser en su mayoría flamencos, el inglés era de uso común entre ellos.

A MODO DE CONCLUSION

El apoyo sanitario español prestado a la UEO y a EEUU con motivo de la guerra del Golfo ha sido considerado nacional e internacionalmente como un éxito de la sanidad militar española, muy especialmente de la sanidad del Ejército del Aire.

El grado de preparación de la totalidad del personal sanitario del conjunto de las unidades aéreas españolas ha superado con creces los estándares internacionales.

El carácter multidisciplinar de los equipos aeromédicos españoles ha supuesto un éxito para la misión española.

Se hace necesario el reciclaje y formación continuada del personal sanitario militar en materia de urgencias en caso de conflictos bélicos y, en general, de medicina de catástrofes.

La coordinación de la red hospitalaria militar es necesaria, centralizando los recursos al más alto nivel.

Las posibilidades actuales de aroevacuación médica en C-130 deben limitarse a misiones tácticas. Para evacuaciones estratégicas se hace necesario el planificar la medicalización de aviones de más capacidad y radio de acción.

La participación de la sanidad militar del EA en el conflicto del Golfo ha permitido aprender el montaje de unos medios inéditos hasta entonces y disponer desde ahora de esas enseñanzas y material humano y técnico para futuras operaciones ■