

Bases históricas del escalonamiento del Servicio de Sanidad en operaciones

J. R. Campillo Laguna¹

Sanid. mil. 2008; 64 (1): 43-51

RESUMEN

La labor de los médicos en los campos de batalla es tan vieja en la historia como la propia guerra en sí. Conforme ha ido evolucionando el Arte de la Guerra ha evolucionado su manera de entender el tratamiento a heridos y enfermos. Pero por grande que sea su conocimiento y número de los profesionales encuadrados en las organizaciones, es rigurosamente necesario organizar un apoyo coordinado entre las sucesivas formaciones sanitarias. A esto clásicamente se ha llamado «escalonamiento». Partiendo del estudio de las diferentes formas de escalar el Servicio se llega a los actuales conceptos que son fuente de nuestra actual «Doctrina»

PALABRAS CLAVES: Doctrina Sanitaria. Escalón. Role. Sanidad en Operaciones. Sanidad en Campaña. Hospital de Sangre. Hospital en Campaña.

INTRODUCCIÓN

Asistimos en la actualidad a un sinnúmero de conflictos en cuyas operaciones está inmerso nuestro querido Cuerpo de Sanidad Militar. Afortunadamente alejadas de nuestra Patria y en general englobadas en el concepto de no-bélicas, pero no exentas de peligros, seguimos usando métodos y utilizando términos que son tan antiguos como las propias operaciones militares.

Intentaré en este trabajo hacer un repaso de los apoyos sanitarios a través de la historia, como es su evolución en los distintos campos de batalla, para concluir con los principios que, a mi juicio, deben imperar cuando de planear un apoyo sanitario se trate.

Los cuidados a los heridos en los campos de batalla existen desde que los hombres se han agredido entre sí, y esto se remonta a la noche de los tiempos. De hecho, las primeras noticias escritas que tenemos sobre la existencia de médicos militares aparecen en el Canto II de la Iliada. En el sitio de Troya, Homero cita a Podalirio y Macaón *hijos de Asclepio al combate llevados*, adscritos al cuartel general de Agamenón, más como médicos que como combatientes. Al caer herido Macaon, en el Canto XI, Idomeneo ordena a Néstor lo retire del combate y lo lleve en su carro a los buques, *puesto que vale un médico más que muchísimos hombres, ya una flecha arrancando o aplicando unas drogas calmantes*.

En la Roma republicana no se tiene constancias de que existiera un personal específicamente encargado de cuidar a los heridos en el campo de batalla, pero cuando llega al poder Augusto en el I a.C. realiza una profunda reorganización del ejército y en ella tiene cabida una pequeña estructura sanitaria.

En las legiones imperiales el sistema sanitario era responsabilidad del Prefecto Castrorum. De él dependen el Valetudinario u Hos-

pital Militar. En las guarniciones permanentes de frontera se establecían estos hospitales de campaña y eran el lugar donde ejercían los *medici vulnerarii* provenientes del servicio de las legiones. Estos vulnerarii en las batallas se colocaban a unos cien pasos del lugar de la contienda. Había por lo menos un médico para cada cohorte (500 a 600 hombres) y la legión (10 cohortes) tenía un *ayudante de legión* o *medicus legionis*, una especie de jefe de sanidad.

Una vez fuera de peligro utilizaban las instalaciones para mejorar su recuperación con el descanso, el aire fresco y el sol. Normalmente existía uno de estos complejos por campamento romano, y esto se fue extendiendo conforme las unidades estacionadas en las fronteras del Imperio se hacían más estáticas. Si se creía conveniente se podía enviar a alguno de los convalecientes a otros lugares como balnearios para completar su curación.

Este es el primer despliegue de formaciones sanitarias específicas que se tiene constancia en la historia.

La Edad Media supone un estancamiento de los progresos realizados en el Imperio Romano, siendo aquí los jefes o *condottieri* los que contrataban para sí a los *físicos*, *chirujos* y *barberos*. Algunos eran clérigos y monjes que ejercían un rudimento de medicina y cirugía; muchos eran simples charlatanes. El hospital tuvo aquí una motivación caritativa y devota, albergando tanto a heridos como desheredados. Estos primeros hospitales aparecieron en el siglo IV en territorio itálico para difundirse luego por toda Europa. Es a ellos que se derivaron los heridos de guerra como cualquier enfermo.

Los servicios de sanidad militar y sus hospitales son de creación moderna; surgieron como respuesta a las necesidades de los grandes ejércitos cuando la Revolución francesa y Napoleón hicieron adoptar la idea de «el pueblo en armas» que colocó a cientos de miles de ciudadanos en el campo de batalla, lo que dio origen a la «guerra de masas», la generalización del arma de fuego y las epidemias. Los hospicios locales no podían atender demandas de población civil y militar a la vez, que se estacionaba en el área por años.

Aunque el primer hospital concebido específicamente para el tratamiento de heridos y enfermos en el campo de batalla surgió en España en 1492 durante el sitio de Granada; el primero francés en 1597 en el sitio de Amiens, es ahora cuando se generaliza.

¹ Tcol. Médico.

Dirección para correspondencia: Juan Ramón Campillo Laguna. Departamento de Logística. Escuela Militar de Sanidad. Camino de los Ingenieros 6. Madrid 28047. jcamlag@oc.mde.es

Recibido: 2 de marzo de 2007

Aceptado: 17 de octubre de 2007

El despliegue sanitario era muy simple, consistía en contratar a población de los alrededores que con sus propios carros, una vez terminada la batalla, recogía a los heridos y eran conducidos hasta estos hospitales. En ellos *físicos, cirujos y barberos*, ejercían su profesión con más o menos destreza. Siendo así, que hasta que apareció la teoría microbiana los cirujanos siguieron siendo fieles a las teorías medievales de cauterización y extracción de proyectiles. Queraltó a finales del siglo XVIII cambió las doctrinas abogando por una actitud pasiva en el tratamiento de las heridas. Siendo precursor de la cura cerrada se abstenía de practicar incisiones, a menos que hubiese que extraer un proyectil, evitaba toda maniobra y no se levantaba el apósito hasta que la herida se suponía a punto de cicatrizar, de no surgir alguna complicación. De modo que en el primer tercio del siglo XIX el procedimiento seguido por Queraltó se le denominó «cura española».

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE NUESTRO DOCTRINA SANITARIA

En el siglo XIX de mano de la primera revolución industrial comienza, hacia la mitad de la centuria, un cuerpo doctrinal que se traduce en el primero que prevé el empleo de sucesivas formaciones sanitarias en un campo de batalla. Al principio muy sencillas, consistía en colocar una formación sanitaria a la que genéricamente se llamó «de sangre» lo más cerca posible de la línea de fuego y detrás sucesivos hospitales a menos de una jornada de camino unos de otros. Situados estos hospitales sobre caminos principales, que favorecieran la evacuación, su destino eran hospitales de ciudades fortificadas donde estar seguros de contingencias adversas. Se daban las primeras normas para la confección de convoyes de heridos, al frente de los cuales situaban a un médico, cuya labor comenzaba en el momento de trasladar los pacientes del hospital a los carros, procurando su mejor acomodo. Llegados al nuevo hospital, el médico había de proceder a la entrega de los pacientes dejando por escrito cuantas circunstancias estimara oportuno.

En estas instrucciones no faltaban unas normas de prioridad, y de como debían quedarse los enfermos y heridos leves que presumiblemente podrían volver al combate en poco tiempo, previniendo a los médicos ante las posibles simulaciones o exageraciones de sus dolencias para ser evacuados.

Esto introduce dos conceptos que harán fortuna: el escalonamiento de las formaciones sanitarias y la clasificación de las bajas atendiendo a su gravedad, y que se recogen por primera vez en nuestro ejército en el Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar del 12 de abril de 1855.

Será con la revolución que en los campos de batalla lleva el ejército prusiano cuando estos conceptos queden plasmados de una manera moderna. Los médicos prusianos sistematizaron hasta los más mínimos detalles la técnica de evacuación de heridos, alcanzando un notable éxito en las guerras contra Austria (1866) y Francia (1870). De hecho, nuestra doctrina que se nutría por esas fechas de la francesa por su idioma más fácilmente comprensible, comenzó a fijarse en la alemana (Prusia) por sus resultados. El sistema introducido por estos médicos militares consistía en que la mitad de los médicos de los batallones seguían próximos a sus unidades para atender cuanto antes a sus heridos. La otra mitad eran colocados en el Puesto Principal de Cura de la División, funcionando así dos es-

calones adelantados. El tercero era el Hospital de Campaña, el cual acogía los heridos graves seleccionados en el segundo escalón. Los demás eran evacuados a hospitales más alejados sin pasar por este 3º escalón.

Quedando ya definitivamente fijado en la doctrina de empleo del Servicio de Sanidad en Campaña el concepto de escalonamiento. Las teorías de la evacuación pasaron del empirismo a construir un verdadero cuerpo de doctrina que mereció un gran número de publicaciones y su enseñanza en la Academia de Sanidad Militar.

Pero es en el campo de la investigación científica donde se están dando pasos en el tratamiento de las heridas que influirán en el devenir del tratamiento médico en los campos de batalla. La verdadera revolución en el tratamiento de las heridas tuvo lugar con el triunfo de la teoría microbiana. Los primeros agentes a los que les hizo responsables de la producción de las enfermedades fueron la bilharzia (Bilharz 1853) el bacilo del carbunco (Davaine 1863) y la triquina (Zenker 1866). Pero fueron los trabajos de Pasteur los que demostraron la implicación de agentes microbianos en la infección de las heridas. Siguiendo con estos avances científicos Josph Lister publicó en Lancet en 1867 un trabajo titulado «De un nuevo método de tratamiento de las fracturas complicadas, abscesos, etc. con observación acerca de las condiciones de supuración» dando entrada a la conocida como «cirugía antiséptica» con la utilización de la llamada «solución fuerte» de ácido fénico al 5%.

La cirugía antiséptica se aplicó con bastante éxito en la Guerra Franco-Prusiana de 1870, de ella Lorenzo Aycar llegó a decir que su aplicación en los Campos de Batalla es tal vez el papel más importante de la cirugía militar.

Quedaría establecido en los campos de batalla de finales del siglo XIX, que la mejor actitud ante una herida por arma de fuego era limitarse a prevenir, en la medida de lo posible la infección, se recomendaba embadurnar la piel circundante de la herida con tintura de yodo, protegiéndola después con un apósito. Esta técnica abstencionista se aplicaba en los puestos de socorros y en los hospitales de sangre, a menos que surgiera una complicación que hiciera necesaria una intervención quirúrgica.

Veamos como influyen los nuevos avances científicos en el Reglamento de Sanidad de 1873: se sistematiza el escalonamiento instalando a 250 metros un Puesto de Socorro, donde se les practicaba la primera cura, ya comentada, sin que el médico se entretuviera en intentar retirar el proyectil. Únicamente procedía en caso de hemorragia y fracturas.

Una vez efectuada ésta el médico anotaba en un cartón triangular:

1. El grado de transportabilidad (a pie, en camilla etc.).
2. La naturaleza de su lesión.
3. El socorro prestado.

La ficha se sujetaba a un botón y el herido iba al siguiente escalón, el hospital de sangre, que se emplazaba a 4 ó 5 kilómetros del frente.

Se llamaba:

- LEVANTAMIENTO al traslado del campo de batalla hasta el PS.
- RETIRADA al traslado del PS al Hospital de Sangre.
- EVACUACIÓN al traslado del Hospital de Sangre a Hospital de Retaguardia.

También estaba prevista la posibilidad de la existencia de un llamado hospital de tránsito, que en realidad era como un segundo Puesto de Socorro, colocándose entre éste y el Hospital de Sangre.

Bases históricas del escalonamiento del servicio de sanidad en operaciones

Con el tiempo se convertiría en la Ambulancia (hospital ambulante) que adquiriría la capacidad de evacuación de todas las bajas. Cuando a finales del Siglo XIX se dotó a esta «ambulancia» como hospital más avanzado, el llamado furgón-hospital de campaña pasó a contar con todo tipo de material sanitario: autoclave, férulas, material de quirófano, impresos y una cocina. Todo ello unido a una tienda cuadrilonga capaz de cubrir el furgón y desplegar una mesa de quirófano, camas y camillas.

Este primer reglamento moderno de funcionamiento de la sanidad en campaña la plasma Nicasio Landa¹ hacia 1879 (Fig. 1). Aquí podemos apreciar que ya están todos los ingredientes de los despliegues sanitarios hasta la actualidad. Unos servicios sanitarios desplegados a vanguardia, 200 pasos de la línea de combate, y que les llama Puesto de Socorro u Hospital de Fuego, con la misión de recoger las bajas y proporcionarle unos primeros cuidados médicos. Una segunda atención a retaguardia, aquí representado por el Hospital de Sangre cuya misión es revisar y corregir la actuación de vanguardia y aplicar con más calma el tratamiento quirúrgico en boga de las heridas, incluso llega a hablar de «grandes operaciones». Finalmente, mediante la creación de convoyes de evacuación sanitaria, su remisión a un Hospital Fijo para su curación, y si necesario fuere un Hospital de Transito etapa intermedia para enviar al combatiente de vuelta a su casa. Impecable, todos los elementos que nos encontraremos con el correr de los tiempos fijados ya.

Pero no es hasta la 1.ª Guerra Mundial cuando los Servicios de Sanidad experimentan un desarrollo definitivo. Las causas: el colapso en la sanidad que tuvieron que sufrir los combatientes, sobre todo del bando aliado durante los primeros meses de la guerra. Las razones por las que se llegó a esa situación fueron de todo tipo.

Hojeando los reglamentos anteriores a la 1ª Guerra Mundial, como puede ser el reglamento español de 1896 y el reglamento francés de 1910, se aprecia que el Servicio tenía una organización armónica con el Ejército al que apoyaba y con las concepciones tácticas que imperaban en aquel tiempo.

A finales de siglo XIX y principios del XX, se concedía una preponderancia a la maniobra sobre el fuego, llevando al campo de batalla solamente unidades ligeras: infantería con su fusil repetidor, el cañón del 7,5 y algunas ametralladoras. La artillería, conocida como de sitio, era extremadamente pesada y no acudía al frente en las guerras de movimiento. Lo cual acarrea una densidad de fuego que permitía evolucionar en «extrema vanguardia» con relativa libertad. Así las cosas, las organizaciones sanitarias se podían establecer a muy poca distancia de la línea de fuego.

Bajo un punto de vista técnico, había fundamentalmente dos clases de heridos: los de fusil máuser y los de artillería. Estos de fusil desde que el rallado aumentó su alcance, alejó a los combatientes y las heridas que se producían eran a distancia superior a los mil metros, con orificio de entrada y salida puntiforme, que si no interesaban a órganos vitales se trataba de heridas no infectadas de pronóstico benigno (balas humanitarias). Estas heridas eran con mucho las más frecuentes, alcanzando hasta el 90% en los conflictos anteriores a la 1.ª Guerra Mundial. El resto del tanto por ciento se debía a heridos por Artillería, de pronóstico mucho más sombrío y de resultados catastróficos.

El Servicio de Sanidad se encontraba con el siguiente problema a resolver: dos lotes de heridos de desigual tamaño y de pronóstico dispar. La solución encontrada fue quedarse en el campo de batalla con los graves, que eran los menos, y evacuar a los hospitales de retaguardia a los más de pronóstico bueno, que sólo necesitaban tiempo para curar sus heridas. Esto se podía hacer con cierta comodidad debido a que cerca de la línea de fuego se podía establecer formaciones sanitarias que preparaban a la baja poniendo sus heridas en condiciones de que no se contaminaran, no necesitando de más cuidados. Actitud pasiva que tan buenos resultados habían dado hasta ahora. Su función era fácil por varias razones: 1.º porque a retaguardia de las líneas podían trabajar sin peligro, 2.º porque los contingentes eran reducidos, 3.º porque el lote de inevacuables era el más pequeño y 4.º porque el convenio de Ginebra aumentaba las facilidades de funcionamiento.

El órgano encargado de recibir las bajas provenientes del frente era el Hospital Origen de Etapas u Hospital de Evacuación, cuya misión era recibir temporalmente el alubión de bajas, y generalmente por vía férrea, dar salida hacia los hospitales del interior, no atendiendo sino a los que se agravaban en su estado. Nuestro reglamento de 1896 colocaba esta formación, que calificaba de Hospital Móvil de Vanguardia, en la estación de ferrocarril más próxima a vanguardia.

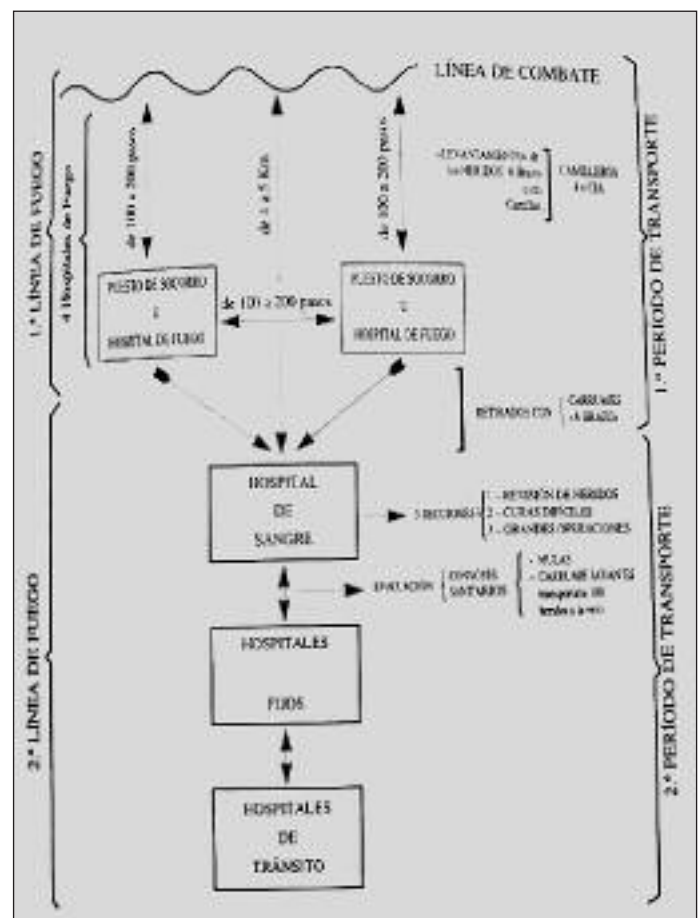


Figura 1. Despliegue realizado por Nicasio Landa. 1879.

¹ Coronel D. Nicasio Rosendo de Landa y Álvarez de Carballo (1830-1891) médico militar y fundador de Cruz Roja Española.



Figura 2. Despliegue en el Reglamento para el Servicio Sanitario de Campaña. 1896.

En el croquis de un despliegue hacia 1899 (Fig. 2) apreciamos la organización a vanguardia del Servicio de Sanidad. Se puede observar ya los tres niveles de asistencia que empiezan a ser clásicos en el Teatro de Operaciones. Primera atención para los puestos de curación o de socorro, según los reglamentos, proporcionados por los médicos de los cuerpos, un segundo nivel asistencial para las Ambulancias o Compañías de Sanidad, de las unidades tipo División, muy móviles y capaces de seguir a los combatientes. El siguiente nivel asistencial el Hospital de Campaña u Hospital de Sangre que se queda con los «intransportables» y un Hospital de Evacuación, a caballo de una línea férrea, para los transportables que son sacados hacia zonas del interior.

Más completo el despliegue del Servicio de Sanidad en el Reglamento francés de 1910 (Fig. 3) que nos amplía la información. Aquí se introduce otro concepto que hará fortuna, el empleo de las «reservas», apuntadas ya por los despliegues del Ejército Prusiano y que nos muestra como los heridos atendidos en la Ambulancia divisionaria y clasificados como «inevacuables» son ingresados en el Hospital de Campaña, cuando ambas formaciones quedan saturadas de bajas se inmovilizan, quedando activado una nueva Ambulancia y un nuevo Hospital de Campaña, prestos a seguir a las tropas

en sus vicisitudes. Y ya clásico el Hospital de Evacuación sobre una línea férrea.

En el ejército alemán, el servicio tenía una organización parecida, sólo que con distintos nombres: a los puestos de socorro de los Cuerpos de tropa los llamaba Ambulancias; a las ambulancias divisionarias Compañías de Sanidad, en los Cuerpos de Ejército colocaba los Hospitales de Campaña y en la zona de etapas los Hospitales de Guerra. Nuestro reglamento de 1896 copia más esta organización que la francesa, puesto que colocaba el Hospital de Campaña en Cuerpo de Ejército y la desligada de la ambulancia divisionaria, si bien al final quedaba inmovilizada en el lugar que ocupaba la Ambulancia Divisionaria, el resultado era similar.

Esta organización era la lógica, dada la organización militar de entonces y la manera de hacer la guerra, pero tenía un punto negro, y era este grupo de heridos por la artillería que presentaba un tanto por ciento de mortalidad elevadísimo, enmascarado en las estadísticas por la cantidad de heridas benignas que daban un total de curaciones muy halagüeño. Las estadísticas de la Guerra de Crimea, en donde abundaron los heridos de artillería, ya no fueron tan satisfactorias, pero no inquietó al mando y pasaron por alto las estadísticas tan llamativas que iban apareciendo.

Como ya hemos comentado, en el mundo científico de entonces imperaba el criterio de que las heridas de guerra no se debían hacer más intervención que las de extrema urgencia, las de indicación vital, ligaduras, terminar una amputación espontánea, regularizar un gran destrozo etc. Así, el reglamento español de 1896 reglamentaba: *en la línea de fuego, el médico no prestará ni dejará prestar a los heridos otros cuidados que los de absoluta urgencia (cohibir una hemorragia por los medios mecánicos, separar un miembro arrancado en gran parte por los proyectiles, inmovilizar un miembro fracturado etc.) No debe ocuparse de reanimar a los heridos atacados de síncope.*

Para el resto de heridas la cirugía se practicaba cuando la infección ya estaba establecida, desaprovechando un precioso tiempo, como después se vio. Aunque en 1898 Friedrich ya publicó su conocidísimo método de tratamiento de las heridas, no fue hasta des-

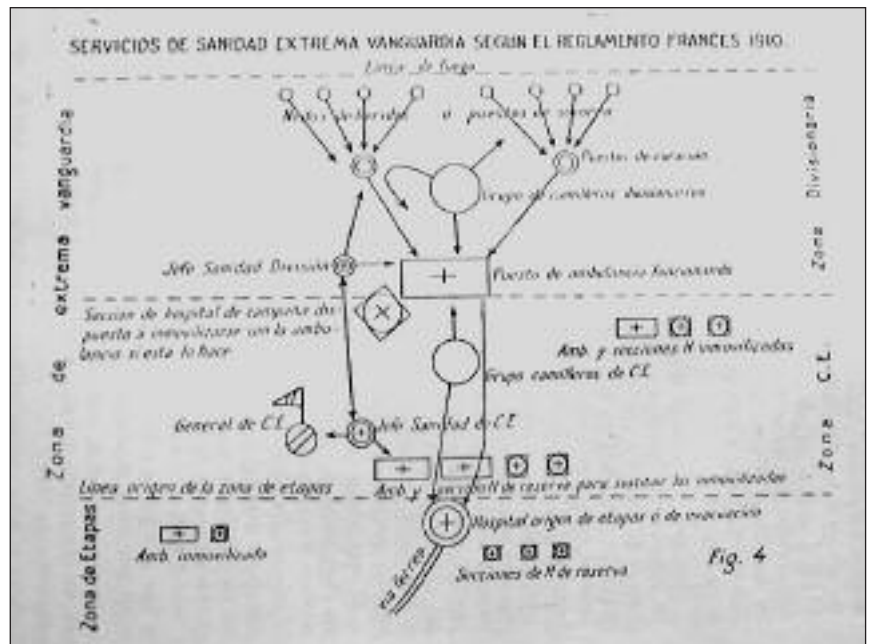


Figura 3. Despliegue en el Reglamento de Sanidad Francés. 1910.

pués de la 1.^a Guerra Mundial, como veremos, cuando se aceptó mayoritariamente por los cirujanos. Como antes comentamos a estas alturas de siglo la práctica era la cirugía antiséptica junto a un abstencionismo llamado «expectación armada».

Con esta organización y esta doctrina comenzó en agosto de 1914 la guerra que cambiaría las estructuras del servicio de sanidad. Tácticamente los franceses no habían cambiado nada, con sus compañías de fusiles repetidores y su artillería de 7,5. Por el contrario, los alemanes presentaban dos novedades un fusil con tiro automático y una poderosa artillería pesada y de división y con la sorpresa de la célebre cortina móvil de artillería. Consecuencia de los primeros encuentros fue que los franceses tenían que poner tanta infantería en primera línea para neutralizar el fuego automático alemán, que los diezmaron materialmente, presentando una enorme cantidad de bajas. Los alemanes al llevar tanta artillería, hizo que el servicio de sanidad de primera línea no se pudiera establecerse en su sitio tradicional, tuvo que replegarse muchos kilómetros a retaguardia y como estaba organizado para quedarse sólo con el 10% ó 15% de las bajas, los llamados intransportables, se embotelló cuando este porcentaje se disparó, siendo preciso evacuar a grandes masas y casi sin destino definido.

De este modo se produjo un hecho nuevo, el grupo de heridos por artillería y de fusil, graves, de infausto pronóstico fue con mucho la baja más frecuente invirtiéndose las estadísticas de manera dramática.

Los combatientes para librarse de las armas automáticas se enterraron en trincheras, lo que permitía acercarse más a los combatientes. Sucios, en pésimas condiciones higiénicas, y con heridas más cercanas la inmensa mayoría de las heridas arrastraban tierra, restos de uniformes y esfácelos. Cascos de obuses, granadas y metralla hicieron el resto, tal que la inmensa mayoría de heridas se infectaban y pertenecieron a la mayoría del porcentaje de pronóstico grave. De tal manera que comenzó a llegar a los hospitales de retaguardia este material humano sangrante e infectado, con infecciones gravísimas como tétanos y gangrena gaseosa que produjo una mortalidad horrorosa. Estas bajas se extendieron de tal modo por la retaguardia que se produjo una verdadera epidemia, ya que el problema se agravó considerablemente porque la mayor parte de los heridos habían sufrido cuatro o cinco días de horroroso abandono en la conocida fórmula de la expectación armada; y, al levantar los apósitos al cabo de ese tiempo, ya era tarde, la cirugía nada podía hacer, se había generalizado la infección y los heridos morían a montones. La única solución se aplicó cuando se percataron de la realidad, los cirujanos pensaron en aprovechar ese periodo de latencia en que se desarrolla la inevitable infección. Así los aliados reunidos en el Congreso de Bruselas confirmaron las observaciones de Friedrich de 1898, con lo cual la cirugía de guerra pasó definitivamente de su papel de cirugía curativa de la infección a anticiparse con su conocido método a esa infección. A partir de entonces la organización del Servicio de Sanidad se encaminó a llevar a la práctica este principio de cirugía nuevo.

Si el campo de batalla hubiera sido como el anterior a la Gran Guerra no habría tenido dificultad, hubiera bastado con aumentar el servicio de «extrema vanguardia» en medios de hospitalización y de personal quirúrgico, ya que la totalidad de las bajas llegarían en poco tiempo a manos del cirujano. Pero esto no fue posible en campos de batalla donde el arma automática y la artillería baten una

zona de acción que ya podía llegar a los 15 o 18 kilómetros de profundidad, y en donde no era posible establecer con garantías de confort y seguridad relativa, formaciones de tratamiento que den el rendimiento apetecible.

Coincidió el planteamiento de este problema con la estabilización de los frentes después de la Batalla del Marne; los aliados reorganizaron el Servicio introduciendo una serie de modificaciones: A la extrema vanguardia le quitaron la misión de hospitalización y lo organizaron para que tuviera por misión exclusiva recoger los heridos, prestarles los cuidados más urgentes y ponerlos en condiciones de sufrir un transporte hasta las primeras formaciones de tratamiento, donde establecieron verdaderos talleres quirúrgicos. Los beligerantes transformaron los hospitales de evacuación en formidables centros de tratamiento a 18-20 kilómetros del frente y en los que se cumplía con éxito la nueva doctrina quirúrgica. El resultado, luego de tres años, fue una verdadera línea paralela al frente de ciudades sanitarias a la distancia antes dicha.

Pero la guerra estabilizada se acabó y hubo de pasar a la situación de movilidad y entonces esos mamotretos de hospitales no pudieron moverse. En seguida se vio que esta organización era peligrosa y nada práctica. Había que buscar una solución más flexible, y la clínica les dio la solución.

En el curso del funcionamiento del Servicio, observaron que el periodo de latencia infecciosa de las heridas era variable, según su gravedad. Su duración oscilaba entre las seis y las treinta y seis horas, aproximadamente. La solución planteada fue desdoblarse estos talleres quirúrgicos, dejando a vanguardia formaciones menos voluminosas, y por tanto más móviles, que pudieran tener menos dificultades para seguir a los Ejércitos en sus avances o retrocesos; y otra parte enviarlos a retaguardia donde, enlazados por el ferrocarril, pudieran llegar en diez o doce horas, como máximo, cumpliéndose el precepto terapéutico.

Con lo cual se inaugura una nueva etapa en el apoyo sanitario consistente en intercalar en la corriente general de evacuación tres formaciones de tratamiento quirúrgico: el Hospital de Campaña, diseñado para poder seguir a las tropas en su maniobra, y por tanto, lo más ligero posible. En él se trataba aquellas bajas más graves o que no podían ser evacuadas sin sufrir una agravación peligrosa de sus lesiones. Más a retaguardia se instalaron los Hospitales de Evacuación Secundaria donde se recibía bajas con el tiempo de latencia de sus heridas lo suficientemente largo como para que no se complicaran sus lesiones. Finalmente existía el Hospital de Evacuación Primaria con la misión de recibir a todas las bajas que abandonen el campo de batalla y evacuarlas, fundamentalmente por ferrocarril, hasta los hospitales fijos del interior.

Para que el Servicio funcione inteligentemente, no hubo más remedio que disponer que, en las formaciones de tratamiento de vanguardia, un cirujano hiciera un apartado concienzudo de las bajas, quedándose en la formación con los que no admiten espera, y enviando a operar a los de latencia más grande a las formaciones de retaguardia. Es lo que recibe el nombre de «triaje quirúrgico» o en los reglamentos posteriores «clasificación de bajas». Como el tiempo de latencia es corto, el ideal era que desde el primer puesto de socorro, el más avanzado, partiera ya la corriente de bajas dividida en lotes, aunque, por desgracia, rara vez se puede realizar esta actividad tan a vanguardia. Más atrás, fuera de la acción del nutrido fuego de las primeras líneas, al mismo tiempo que se ponía a las bajas en condiciones de transporte y se escogía el medio de trans-

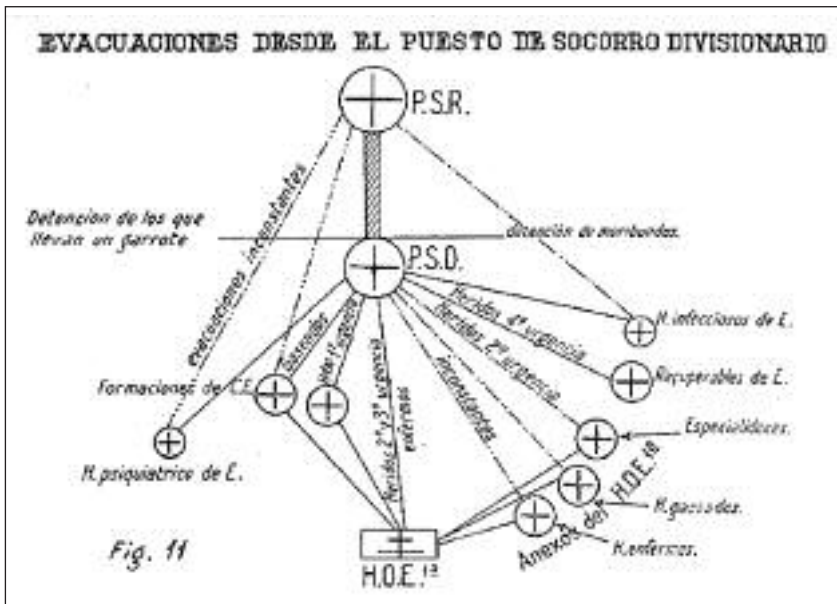


Figura 4. Despliegue en Mancholas e Hajar. 1952.

porte con más comodidad, si no se podía hacer los cuatro lotes que el servicio exigía (cuatro prioridades), por lo menos se podía hacer tres lotes: uno de los muy graves que ya sabemos que quedaban los puestos quirúrgicos más avanzados; otros los muy leves que no necesitaban intervención quirúrgica y que tenían como destino los centros de recuperables. Quedaba un tercer lote: los heridos a tratar en las formaciones quirúrgicas de segundo y tercer orden, que necesitaban un examen más detenido (el triaje quirúrgico) por un cirujano a herida descubierta con la inestimable ayuda de rayos X y con más confort. Ya con este adelanto de selección en vanguardia se conseguía bastante.

Por tanto fue a raíz de los acontecimientos vividos en la 1ª Guerra Mundial como se demostró que los resultados en el tratamiento de toda clase de heridas era tanto mejor cuanto menor era el tiempo transcurrido entre la producción de la lesión y el tratamiento quirúrgico, introduciéndose en la doctrina la existencia de un Servicio de Sanidad único, indivisible y de función coordinada, que tendría



Figura 5. Autochir del Ejército Republicano.

como misión recoger al herido del campo de batalla, prestarle los cuidados más urgentes, prepararlo para sufrir un primer transporte que lo aleje de la zona batida por el fuego enemigo y lo lleve a la primera formación de tratamiento en donde, según su gravedad, se quedará para sufrir la intervención pertinente o se le prepara para seguir otra evacuación más alejada. Prácticamente ya tenemos todas las bases teóricas sobre las que se asienta nuestro manera de concebir el apoyo sanitario actual.

En la Guerra del Riff y, sobre todo a partir de la trágica retirada de las tropas de la Comandancia de Melilla de Annual, que tantas convulsiones sociales, políticas y militares produjo, es el momento en el que el Ejército pasa por un periodo de modernización de sus estructuras, que afectó directamente a la sanidad. Ya para esas fechas se tenía asimilado, sobre todo por parte de hombres tan eminentes como D. Mariano Gómez Ulla, a la sazón Comandante Médico, las enseñanzas de la Gran Guerra en materias como la cirugía de guerra. Sus esfuerzos por acercarla a los combatientes y aprovechar esas primeras

horas vitales, fraguaron en la creación del Hospital Móvil de Montaña que en este tipo de guerra, fuera de Territorio Nacional, tan buen resultado dio. Aunque nunca se reglamentaría ni pasaría a nuestra doctrina sanitaria.

Es en nuestra Guerra Civil donde los nuevos conceptos pasarán a engrosar nuestra manera de comportarse en los campos de batalla, anticipándonos a los conceptos que se manejarán en la guerra mundial ya en ciernes. Para nosotros, la compañía de hospitalización, reglamentaba en 1925, comprendía un total de 10 equipos quirúrgicos y 600 camas. Lo que la hacía incompatible con combates que no sean de trincheras, puesto que tanto el ejército victorioso como el que se retira dejan este mastodonte inservible. Surgió entonces la necesidad de fragmentar este hospital en pequeños hospitales. Cuando se practicó la guerra de trincheras la solución para acercar la cirugía al herido fue instalar quirófanos subterráneos conectados con las primeras líneas. En nuestra guerra civil se dio en el frente de la Ciudad Universitaria únicamente, con la instalación de un quirófano, por parte de los nacionales, en los sótanos de la Escuela de Arquitectura. En cambio, después del fallido ataque contra La Granja, se demostró la utilidad de colocar pequeños hospitales cerca de la línea de fuego. Como quiera que había más de uno y más de dos, y detrás de ellos otros hospitales, se comprendió la necesidad de que hubiera alguien que distribuyera inteligentemente los heridos, es decir que mandara los casos más urgentes a los Hospitales más adelantados etc. Colocando pequeños quirófanos muy móviles a vanguardia, como los «Autochir» del ejército republicano (Fig. 5), e introduciendo además una formación sanitaria ad hoc, el Puesto de Clasificación. Ya lo tenemos prácticamente definido, varios «quirófanos» a distinta distancia del frente y una clasificación atendiendo al Plazo Operatorio que pasa a definirse como: *el conjunto de actos médico-quirúrgicos que tienen por finalidad evitar la agravación de la baja sanitaria y prevenir las complicaciones. Son actuaciones temporales hasta que se pueda proporcionar un tratamiento completo.* Abarca la estabilización y las medidas que eviten el deterioro de la baja durante su evacuación.

En la II Guerra Mundial se asentaría el concepto de Escalonamiento del Servicio de Sanidad que se establece paralelo al de los demás servicios, y de esta manera se reconoce que: así como la acción de las tropas tiende a la concentración de esfuerzos en un punto para alcanzar el principio de ser más fuerte en el sitio necesario, en los servicios impera, por el contrario, la idea de la diseminación escalonada que se lleva a cabo a lo largo de las vías de comunicación, para lograr flexibilidad en las maniobras concebidas y seguridad en el despliegue.

A su vez la aparición de la posibilidad de tratamiento con plasma, sangre y la aparición de los primeros antibióticos modificó sustancialmente las posibilidades de tratamiento a vanguardia y la obsesión por la infección pasó a un segundo plano, y en cambio se volcó el esfuerzo sobre aquellas bajas con lesiones muy graves, los intransportables de los antiguos reglamentos e incluso para aquellas que el Reglamento de 1896 consideraba como no tratables (... no debe ocuparse de reanimar a los heridos atacados de síncope).

Mancholas e Hajar² en 1952 clasifican las bajas en:

- Grupo 1 Moribundos, detenidos en el Puesto de Clasificación.
- Grupo 2 Primeras Urgencias con destino a los EQ del Hospital de Campaña.
- Grupo 3 Segundas y Terceras Urgencias con destino al Hospital de Evacuación de Ejército.
- Grupo 4 Cuartas Urgencias con destino al Depósito de Débiles y Convalecientes

Ahora tocará definir qué patologías incluiría cada tipo de grupos, dando entrada a la clasificación de bajas sanitarias en combate (Fig. 4).

En esta guerra se enfrentaron dos conceptos distintos a la hora de tratar las bajas en combate. Por un lado la doctrina alemana, puesta en práctica en Rusia en 1941, y que fue diseñada para evacuar los heridos muy graves a retaguardia, desaprovechando las primeras horas de tratamiento que se empleaban sólo en el tratamiento de los recuperables para el combate. Este sistema produjo un mayor índice de incorporación al frente. Por el contrario, el Ejército Americano en Francia en 1944 proporcionó cirugía de urgencia a vanguardia, con el fin de iniciar el tratamiento quirúrgico a todas las bajas y evacuarlas en las mejores condiciones, lo que le confería a la baja una mayor seguridad en el transporte, hasta las formaciones con más recursos de retaguardia. Reincorporó proporcionalmente menos bajas, pero, consiguió salvar más vidas.

Las enseñanzas de esta guerra quedan plasmadas en nuestros últimos reglamentos que como tales aparecen en nuestra doctrina. Son los Reglamentos de 1960 y su gemelo de 1969 (Fig. 6) siendo ahora cuando se definen lo que posteriormente llamaremos clasificación en «P», que intenta aprovechar los «quirófanos» desplegados a diferente distancia del lugar donde se produce la baja. Estos reglamentos quedan como la doctrina clásica puesto que serán los que estudien todos los componentes del Cuerpo Militar de Sanidad hasta los años noventa.

EL FINAL DEL SIGLO XX. LA DOCTRINA

Hasta finales del siglo XX la doctrina sanitaria venía influenciada por estos reglamentos históricos, fundamentalmente el último de 1969, y por la Guerra de Corea y Vietnam que ya introduce dos conceptos nuevos que revolucionan nuestra comprensión del tema. Por un lado: el aparecer medios de evacuación muy rápida, que permite alejar en distancia, pero no en tiempo, el obligado quirófano. Así todos tenemos en las pupilas las aeroevacuaciones en helicóptero que tan buen resultado dieron. Por otro el enfrentamiento de un ejército dotado de alta tecnología frente un ejército mucho menos potente pero que emplea tácticas de «guerrillas», lo que después conoceremos como «guerra asimétrica».

Nuestra manera de concebir los apoyos sanitarios, paralelos a cómo se contemplan hoy en la OTAN, UEO, y nuestros países amigos y aliados, son el resultado de la asimilación de las enseñanzas históricas y de los cambios experimentados en los veinte últimos años en la orientación estratégica, la aparición de nuevos riesgos, nuevas misiones y los efectos del tremendo impacto tecnológico. La guerra asimétrica, el campo de batalla vacío, las misiones no-artículo V, misiones Petesberg, misiones de ayuda humanitaria y un amplísimo espectro de nuestras misiones, que junto con una excepcional evolución de los medios de comunicación e informáticos han hecho que nuestros conceptos doctrinales hayan experimentado una importante modificación. Formaciones sanitarias dotadas de una gran flexibilidad, pérdida de peso del concepto doctrinal marcado por la orgánica con el abandono del concepto de escalón por el de role, mucho más funcional, abandono del despliegue según distan-

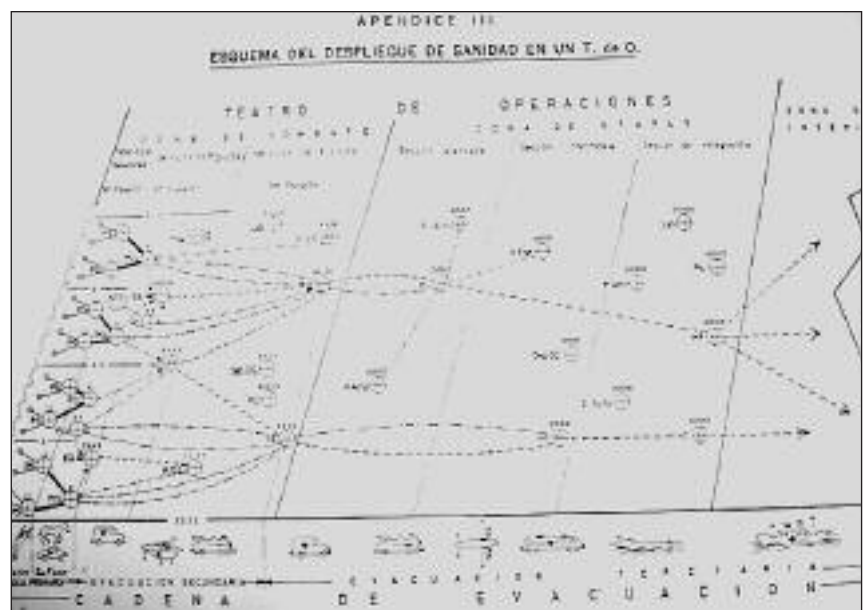


Figura 6. Despliegue en el Reglamento de Sanidad en Campaña. 1969.

cias en el espacio y contar en minutos y no en kilómetros, medios de evacuación que son en sí formaciones de tratamiento móviles, el concepto doctrinal de la hora de oro, el cambio en las doctrinas civiles del scap and run por el de state and play, los efectos de los me-

² Los Servicios de Sanidad en Primera Línea. Madrid 1952.

dios de comunicación, el impacto en la opinión pública occidental del número de bajas y un largo etc.

Sólo un agujero negro para terminar y que tendremos que tomar buena nota, el protagonizado por la sanidad del Ejército Argentino en la Guerra de las Malvinas. El fracaso total en el despliegue sanitario basado en la evacuación por helicóptero que ocasionó que 247 combatientes murieran durante la evacuación y tan sólo 2 en el Hospital de referencia. Todo ello producido por la imposibilidad de utilizar medios aéreos cuando comenzaron los combates y la no existencia de otros escalones sanitarios ni previstas rutas terrestres claras.

CONCLUSIONES

Podemos concluir a través de los diferentes modos de afrontar históricamente el apoyo sanitario a los miembros de las Fuerzas Armadas en operaciones, que no se podrá dar un tratamiento médico definitivo a nuestros «pacientes» en los distintos «campos de batalla» o «áreas de operaciones» donde tendrán que prestar su servicio, lo que nos obligará a disponer de sucesivas formaciones sanitarias. Que estas formaciones sanitarias han recibido distintos nombres a través de la historia: hospitales de fuego, hospitales de sangre, hospitales de campaña, escalones médicos y un largo etcétera, prefiriendo en la actualidad el nombre de Role,s.

Y este sucesivo despliegue de formaciones sanitarias con mayor o menor capacidad de asistencia es así porque:

1. En operaciones bélicas nuestros pacientes los vamos a tener en el peor sitio en el peor momento. No pudiendo sino iniciar una serie de procedimientos más o menos protocolizados, que culminarán en el tratamiento definitivo lejos del lugar de producción de las heridas.
2. Para reducir la mortalidad de los mismos, la resucitación y la estabilización deberá ser aplicada a ser posible antes de transcurrida una hora desde la producción de las lesiones, conocida ésta como la «hora de oro».
3. Para aprovechar la «hora de oro» necesitamos tener personal cualificado y entrenado que acompañen a los combatientes en sus vicisitudes.
4. Para tener la movilidad que requiere este acompañamiento lo hacemos en detrimento de una compleja capacidad tecnológica.
5. Para proporcionarles un tratamiento médico acorde con los niveles científicos exigibles en la actualidad, se precisa una compleja tecnología.
6. Una compleja tecnología equivale a una completa inmovilidad.
7. Luego tendremos que disponer de sucesivas formaciones sanitarias con mayor capacidad tecnológica y menor movilidad hasta la formación que provea el tratamiento definitivo.

8. Cuando nos encontremos en operaciones no-bélicas en cambio, no tendremos el inconveniente de desplegar varias formaciones sanitarias con más o menos movilidad. Con lo que podremos dotar a la que despleguemos de una mayor capacidad tecnológica.
9. Que en operaciones bélicas y/o cuando se prevea la posibilidad de que el número de «pacientes» en un determinado momento supere ampliamente nuestra capacidad asistencial, necesitaremos un sistema de selección y distribución de los mismos en grupos, asignándoles un orden de prioridad.
10. Que este sistema llamado a través de la historia «clasificación» o «triaje», no es un concepto estático sino que depende fundamentalmente del «escenario» donde se va a poner en práctica. Habiendo tantos sistemas de clasificación como «escenarios» posibles.
11. Que para articular este complejo sistema de formaciones sanitarias tendremos que responder a una serie de interrogantes:
 - a) Qué van a hacer nuestros futuros «pacientes», lo que contestará a la pregunta: de qué tipo de operación estamos hablando.
 - b) Cómo, cuándo y en qué se mueven nuestros futuros pacientes, lo que contestará a la pregunta: que conceptos tácticos imperan en nuestro ejército, y cómo podemos adaptar nuestros protocolos de tratamiento a ellos.
 - c) Qué Sistemas de Armas se van a utilizar, lo que contestará a la pregunta: qué patologías presentarán nuestros futuros «pacientes», para saber qué capacidad tecnológica hay que desplegar.
 - d) Qué superioridad militar tenemos, lo que contesta a la pregunta: qué número de futuros «pacientes» tenemos previstos, lo que nos dará el tipo y número de camas y medios de evacuación a desplegar.

En definitiva lo que decían nuestros predecesores³: No basta el médico, por grande que sea su conocimiento y número de los encuadrados en las organizaciones en campaña. Es precisa una organización perfecta en las formaciones sanitarias sin la que faltaría la unidad de acción indispensable para obtener un rendimiento integral de los medios (...) esta unidad de acción que abarca desde el camillero de la línea de fuego, hasta el cirujano del hospital del interior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar. 12 de Abril de 1855.
2. Reglamento para el Servicio Sanitario de Campaña. Real Orden de 1.º de Julio de 1896. Imprenta y Litografía del Depósito de la Guerra, Madrid 1896.
3. Lo que interesa conocer a las Armas y Cuerpos del Servicio de Sanidad en Campaña. Cte. Médico Jesús Remacha Mazota. Colección Bibliografía Militar. Tomo XXXVII. Septiembre de 1931.

³ Teniente Coronel Médico L. Sancho. Servicio de Sanidad en Campaña, Madrid 1942.

Bases históricas del escalonamiento del servicio de sanidad en operaciones

4. Servicio y Táctica de Sanidad en Campaña. Tomo LXXIII. Federico Ramos Molíns, Comandante Médico. Colección Bibliográfica Militar, Madrid 1934.
5. Doctrina Sobre el Servicio de Sanidad en Campaña (Deducida del estudio de los Reglamentos de algunos Ejércitos europeos). Juan Martín Rocha, Comandante Médico. Profesor de Arte Militar y Servicios Sanitarios de la Academia de Sanidad Militar. Madrid 1936.
6. Servicio de Sanidad en Campaña. Luis Sancho Catalán, Tcol. Médico. Ediciones Ejército, Madrid 1942.
7. Los Servicios de Sanidad en Primera Línea. Inspector Médico Tomás Mancholas y Cor. DEM. José Hajar. Escuela de Estado Mayor, Madrid 1952.
8. Historia de la Sanidad Militar Española. José M. Massons. Ed. Pomares-Corredor. Barcelona 1994.
9. Reglamento de Sanidad en Campaña. Ministerio del Ejército, Estado Mayor Central. Imprenta del Servicio Geográfico del Ejército, Madrid 1960.
10. Reglamento de Sanidad en Campaña. Ministerio del Ejército, Estado Mayor Central. Imprenta del Servicio Geográfico del Ejército, Madrid 1969.
11. Allied Joint Medical Support Doctrine. AJP-4.10 (A).
12. Doctrina Sanitaria Conjunta. Estado Mayor de la Defensa. Madrid 2003.
13. OR7-603. Orientaciones: Sanidad en Operaciones. Mando de Adiestramiento y Doctrina. Granada 2003.