

El Servicio Sanitario en las tropas paracaidistas y aerotransportadas

Por MARIANO PUIG QUERO

Coronel Médico de Sanidad del Aire.

Desde el momento en que por la fuerza incontrovertible de los hechos quedó establecida la realidad y eficacia de la guerra aérea, hubo que pensar en la adaptación a esta nueva modalidad guerrera de todos aquellos servicios con ella relacionados y desarrollarlos con la amplitud y condiciones adecuadas a sus características funciones y específicas finalidades.

De aquí nació la idea de adaptación del Servicio sanitario a la guerra aérea en sus distintos aspectos, que progresivamente se fué imponiendo en la técnica sanitaria castrense de todos los países, y hoy es ya una realidad tan lograda y definida, que sería vano pretender justificarla con nuevos razonamientos y aportaciones disquisitivas, ya que la indiscutible fuerza de los hechos basta y sobra para comprenderla. Mas no por ello, y por considerarlo hoy día norma corriente de este Servicio y estar suficientemente experimentado y consolidado este nuevo concepto, hemos de conformarnos con su situación actual, ya que demasiado recientes sus experiencias y resultados y los juicios y comentarios técnicos que de ellos se desprenden debemos aspirar a su mejoramiento y mayor perfección en el sentido de su utilidad práctica.

Por ello, y a despecho de una rectificación en el título de este artículo, hemos de modificarlo en amplitud y abarcar toda la extensión de la materia, ya que, sin desvirtuarlo fundamentalmente en su esencia, creemos servir mejor a nuestro objeto con esta amplitud.

La finalidad inmediata del Servicio sanitario en acción de guerra, que, como todos ustedes saben perfectamente, es la de asistencia, cuidado, evacuación y recupera-

ción de bajas, hay que llenarla en las tropas paracaidistas y aerotransportadas de distinta forma, según se trate de aquellas tropas que por lanzamiento desde el aire o transporte aéreo hasta tierra hayan de actuar aisladas y separadas de sus bases por más o menos tiempo, o se trate de aquellas otras fuerzas que, aun también transportadas por vía aérea, una vez llegadas a tierra conservan una continua comunicación aérea o terrestre con sus bases de partida.

En el primer caso nos encontramos con las fuerzas paracaidistas y las transportadas en planeadores remolcados; en el segundo caso nos encontramos ya con las grandes unidades (Divisiones) aerotransportadas en aviones.

Desde el momento en que una unidad ha de arrojarse al espacio en función de guerra, el Servicio sanitario ha de acompañarla de una manera inmediata y prestar sus auxilios a las bajas, con la mayor perfección posible, independientemente de la conexión ulterior con bases de evacuación; y esta asistencia ha de sistematizarse y organizarse para vivir con sus medios propios, hasta que llegue el momento más o menos próximo de conectarse con dichas bases; por ello el personal sanitario que preste servicio en dichas unidades ha de poseer una instrucción y capacitación idónea y especial para poder llenar cumplidamente su cometido, y el material sanitario debe reunir unas condiciones especiales de seguridad y acondicionamiento para que pueda rendir también todo su trabajo sin deterioro y con la garantía de la mayor eficacia.

En cuanto al personal sanitario, médico y auxiliar, todos ellos deben estar lo

suficientemente adiestrados y entrenados en el salto con paracaídas, ya que hay que tener la seguridad de que a su llegada a tierra han de encontrarse en las mejores condiciones físicas y morales para entrar inmediatamente en funciones. En previsión de posibles incapacidades inmediatas a su aterrizaje, los equipos de personal sanitario de esta clase deben ser dobles en cuanto al personal facultativo y lo suficientemente nutridos numéricamente en cuanto al resto del personal auxiliar para su mayor eficacia.

En cuanto al material, deberán también adoptarse las disposiciones necesarias, tanto por lo que se refiere a su cuantía y calidad, para poder disponer en todo momento del necesario y suficiente, como a su acondicionamiento, para que llegue a tierra sin sufrir deterioros que impidan su uso, dado lo delicado y frágil de dicho material, y lo fácilmente que puede estropearse si no va lo suficientemente protegido contra los golpes y condiciones atmosféricas (calor, frío, humedad, etc.). Hay que procurar también que el referido material sea fácilmente identificable en sus distintas naturalezas y localizable rápidamente al tomar tierra, ya que por ser de uso inmediato conviene no perder tiempo en su identificación y búsqueda; para ello se adoptarán los dispositivos correspondientes en cuanto a forma, color, rotulado, impermeabilización y solidez de los envases; ha de procurarse también que, a ser posible, caiga a tierra agrupado y con señales claras para su identificación, y por último, a ser posible, debe acondicionarse en forma que pueda mantenerse a flote en caso de caer al mar, lago o río.

Como a toda operación de lanzamiento de paracaidistas deberá preceder un minucioso y detallado estudio gráfico y cronométrico de la misma, encaminado a la mayor exactitud en todos los detalles del salto y operación terrestre consecutiva; conviene que por el Servicio médico que haya de intervenir en la misma se conozcan todos estos detalles, en lo que a su misión pueda referirse, para que a su vez pueda adoptar las medidas convenientes en cuanto al mejor cumplimiento de su cometido.

En igual forma se procurará que tanto

el personal facultativo como el auxiliar estén lo suficientemente adiestrados en cartografía, lectura de planos, orientación, localización de objetivos, etc.; en suma, de todos aquellos detalles particulares referentes a la operación de guerra en que han de intervenir y que puedan tener relación con las misiones específicas por ellos a desempeñar.

Ha de ser una preparación minuciosa y sosegada, haciendo el estudio con la antelación precisa y cuidando de todos los detalles, repitiendo el ensayo, si es posible, varias veces, hasta que todo el equipo sanitario esté perfectamente enterado de la operación a realizar y de las posibles incidencias o modificaciones, que circunstancias imprevistas o natural reacción del contrario puedan aconsejar a determinar variaciones en el plan previsto y que hayan de resolverse en el acto.

Todas estas razones nos inducen a insistir reiteradamente en lo indispensable y conveniente de una acertada instrucción y preparación especial del personal facultativo, auxiliar y subalterno sanitario de las unidades paracaidistas, que aparte de las más idóneas condiciones de aptitud física y profesional ha de estar dotado de gran vocación, entusiasmo, valor, serenidad, disciplina y decisión para afrontar y resolver con acierto los innumerables problemas que pueden presentarse en estos momentos que siguen al lanzamiento, llegada a tierra e inmediata entrada en acción; por todo ello conviene que este personal sea reclutado voluntariamente entre los que reúnan las condiciones antes mencionadas e instruido intensivamente en los Centros de reclutamiento, instrucción y preparación especial de paracaidistas, con aplicación a fines sanitarios.

En la Escuela de Evacuación Aérea, creada en 1934 en el campo Bowman (Kentucky), y separada de la Escuela de Medicina Aeronáutica de San Antonio (Texas), funciona desde entonces una unidad especial dedicada a la preparación de personal sanitario para estos menesteres, y como complemento de la Unidad de Instrucción de Evacuación Aérea, organizada en Escuadra, dividida en Escuadri-

llas dotadas de aviones sanitarios y de transporte de diversos tipos.

Una vez lanzado al espacio, el personal de los equipos sanitarios deberá en lo posible maniobrar para la toma de tierra en la agrupación y condiciones preparadas.

Como técnica inicial de lanzamiento, se deben lanzar previamente unos equipos-guías de instrucción superior, ya que al llegar a tierra orientarán mediante botes de humo de distintos colores al resto del personal posteriormente lanzado, con el fin de verificar un rápido reagrupamiento, según el color convenido para cada unidad combatiente lanzada.

Con cada unidad se deberá lanzar su correspondiente sección de personal y material sanitario; aunque también habrá un lanzamiento previo de personal y material sanitario para aquellas pequeñas fuerzas que, como exploradoras, se lancen en primer término.

Una vez en tierra, la primera misión del Servicio Sanitario, y especialmente de los practicantes de compañía, será la de asistir a las bajas originadas durante el descenso y toma de tierra. En este aspecto de la cuestión, el Reglamento americano, que reconoce como primera misión la que acabamos de mencionar, se rectifica en el sentido de dejar esta asistencia para un segundo escalón (Compañía de Sanidad); y que los elementos sanitarios se reagrupen rápidamente cerca del puesto de mando de su unidad, y en seguida se dispongan a prestar asistencia a las bajas que se vayan produciendo durante la marcha hacia los objetivos iniciales; claro es, que según las circunstancias se procederá en una u otra forma.

Como es natural, estas fuerzas paracaídas han de gozar de cierta autonomía en su acción y movimientos, mas no por ello han de dejar de responder en ellos a un plan general previamente trazado y estudiado; por ello, el servicio de enlace y señales ha de funcionar con toda exactitud y perfección, y en lo que al servicio sanitario se refiere ha de estar encajado tan íntimamente, que no pueda por menos de formar un cuerpo total con la operación que se esté realizando, para que sus elementos no puedan quedar aislados

y sin la debida protección y defensa en caso necesario.

Si se calcula que aproximadamente el uno por ciento del personal lanzado con paracaídas sufre fractura y otro uno por ciento sufre esguinces y distensiones, ya tenemos una apreciable merma en los efectivos lanzados y una inmediata ocupación para los equipos sanitarios; claro es que este porcentaje puede variar según las circunstancias y forma del lanzamiento, manera de arrojar, condiciones atmosféricas, etc., y sobre todo la velocidad del descenso, ya que ésta a veces es indispensable para que caigan lo más agrupados posible y sea fácil su más rápida concentración, y, naturalmente esta mayor velocidad en el descenso hace que el choque en la toma de tierra sea más violento.

En marcha ya la operación, y con los equipos sanitarios incorporados a sus respectivas unidades, viene ya la parte más fundamental de su misión, que es la de asistencia a las bajas que se produzcan; y en esto no difiere grandemente de las normas generales de asistencia sanitaria en primera línea, ya que tanto el personal combatiente lanzado deberá llevar su correspondiente paquete de curación individual especial para estas unidades, como el personal sanitario llevará el propio y necesario para su labor; funcionará, como decimos, en análoga forma que las unidades combatientes de tierra, pero siempre teniendo en cuenta la posibilidad de un aislamiento más o menos prolongado con las bases, que pueda impedir la reposición del material y la evacuación de las bajas; habrá que evitar las pérdidas o uso inútil del primero y asegurar la más completa perfección de la cura inicial ante la perspectiva de un posible retraso en la evacuación.

De la primera línea serán evacuadas las bajas al puesto de socorro establecido en sus inmediaciones, y acondicionado en forma que rápidamente pueda seguir los movimientos de la unidad a la que corresponde el equipo sanitario de la misma; y aquí surge ya el problema que la característica manera de combatir de estas unidades plantea de continuo al mando sanitario de las mismas; y es el que se re-

fiere al destino inmediato y suerte ulterior de las bajas producidas. Con ello entramos ya en otro de los aspectos, que al principio decíamos engloban las misiones sanitarias; nos referimos a la evacuación de las bajas.

Si se trata de un avance hacia objetivos predeterminados y este avance no encuentra dificultades que lo imposibiliten, es preciso que las bajas que hasta el momento de iniciarlo se produzcan, y las que en lo sucesivo vayan cayendo, no constituyen un obstáculo o impedimento para el combate, y al mismo tiempo tampoco es lícito ni moral el abandono de las mismas; por ello, lo mejor será ir las reuniendo en grupo lo más numerosos posible y resguardarlas por los accidentes del terreno o edificaciones que pudieran encontrarse, constituyendo verdaderos "nidos de heridos", que se dejarán al cuidado de un sanitario con material de urgencia conveniente, y en sitio bien previamente señalado y conocido, para su ulterior recogida y evacuación, o señalados visiblemente con distintivos sanitarios, para que las unidades de evacuación propias puedan localizarlos.

Conseguidos los objetivos, y ya establecida una línea de resistencia y defensa, será llegado el momento de la evacuación definitiva de las bajas, si esto es posible, ya que, como decíamos al principio, estamos asistiendo a una operación en la que es de presumir un aislamiento más o menos prolongado de las bases de partida; pero aun así cabe pensar en la posibilidad de una evacuación total o parcial de las bajas por vía aérea, hasta tanto pueda establecerse la comunicación por tierra o mar.

En el caso de que el éxito haya seguido al lanzamiento y se hayan ocupado los objetivos previstos, es de suponer que se habilite inmediatamente un campo de aterrizaje o se ocupe algún aeródromo; en este caso, se trasladarán las bajas al mismo, y se procederá a su inmediata evacuación, valiéndose de los correspondientes aviones sanitarios o de transporte que puedan acondicionarse para estos fines; pero también pudiera darse el caso de im-

posibilidad de aterrizaje o falta de terrenos adecuados; no por eso debe renunciarse a la evacuación aérea de aquellas bajas que necesiten alguna urgente intervención quirúrgica o tratamientos que puedan salvar sus vidas, y en estos casos prestarán un excelente servicio los helicópteros sanitarios de la mayor capacidad de transporte posible, bien sea en la forma de helicópteros simple y total, o en la de helicóptero de cabina desprendible, la cual, colocada debajo del fuselaje, puede valer como puesto de socorro fijo o sala de operaciones o nido de heridos; dejada sobre el terreno por el helicóptero, puede luego volver a recogerla, acoplándola nuevamente el fuselaje, y levantar el vuelo (1).

Estos helicópteros de cabina desprendible son muy útiles para evacuaciones rápidas o montajes de puesto de socorro, teniendo en cuenta el muy reducido espacio que necesitan para el aterrizaje y despegue.

Los americanos tienen un modelo de esta clase, que es el HX-16, y un avión, el HC-120, de cabina desprendible.

Todavía, y agotando un poco este tema del uso del helicóptero para evacuación sanitaria en estas operaciones, cabe la utilización del dispositivo de recogida de bajas, sin que llegue a tomar tierra, valiéndose del izado de las mismas por una cuerda que enganche al herido lo suficientemente sujeto y lo suba al helicóptero en aquellos casos que la naturaleza de las lesiones permita esta especie de acrobacia, por la imposibilidad de la toma de tierra del helicóptero.

También pueden utilizarse planeadores que, recogidos de tierra por un cable lanzado desde el avión en vuelo, elevaría el planeador ya cargado de heridos, evacuándolos en esta forma, constituyendo esto lo que se llama planeador con "Snacht pick-up".

Ya en el año 1933, con motivo del se-

(1) Hoy día se ha llegado a resolver con verdadero éxito, en la guerra de Corea, la evacuación de heridos de tropas confinadas o aisladas, por medio de helicópteros.

gundo Congreso Internacional de Aviación Sanitaria, celebrado en Madrid, y en el que fuimos ponentes del tema "Evacuación sanitaria por vía aérea", sugerimos las anteriores soluciones en cuanto a la posibilidad de utilización del autogiro de nuestro glorioso La Cierva para estos fines que la ulterior realidad ha confirmado.

Como ejemplo típico de operaciones de paracaidismo y servicio sanitario correspondiente podemos hacer una breve reseña de la operación de Creta.

En esta operación intervinieron unos 10.000 hombres, llevados por vía aérea, que fueron lanzados sobre Maleme, Retimo y Heraclión como primeras oleadas en puntos fundamentales de la costa norte de Creta, no consiguiendo ni la sorpresa ni el éxito inmediato y fácil. En Maleme se consiguió apoderarse del aeródromo, lo que permitió la llegada de planeadores y aviones en un campo muy deteriorado por la artillería, que produjo numerosas bajas y los consiguientes aterrizajes en malas condiciones, y en medio de un continuo fuego de artillería se consiguió desembarcar gran cantidad de fuerzas; de Maleme salieron las primeras evacuaciones para Atenas a las pocas horas del desembarco, llegando, por tanto, a los hospitales con tiempo de poder ser atendidos todos los que lo necesitaron. No sucedió lo mismo en Retimo, donde hubieron de aguantar sitiados durante cinco días y aprovisionados de material sanitario lanzado con paracaídas. En Heraclión el sitio no fué total, pero la evacuación tampoco pudo realizarse hasta pasados cinco días. Ulteriormente pudo lanzarse un hospital, que funcionó perfectamente, y se realizaron toda clase de operaciones, siendo ésta la primera vez que se lanzó un hospital de campaña.

El total de hombres que intervinieron en la operación de Creta fué de 22.000; las bajas fueron 4.000 entre muertos y desaparecidos, sin contar los heridos. Todo ello hizo que esta costosa operación, impresionando grandemente a Hitler, hiciera decir a Student, que había pasado la época de las operaciones aerotranspor-

tadas. Los hechos ulteriores se encargaron de rectificar esta opinión.

Los alemanes tenían organizada en abril de 1941 una División de Paracaidistas con dos Brigadas, Artillería y Unidad de Sanidad. Esta División fué la que intervino en todas las operaciones de Grecia y de una manera tan brillante en la de Creta, que impresionó grandemente a los mandos aliados más que a los alemanes.

Enumerar la serie de operaciones realizadas por fuerzas aerotransportadas con activa y previa intervención de paracaidistas como preparación a la llegada de los aviones de transporte sería labor larga, ya que en los distintos teatros de la última guerra mundial abundaron los desembarcos aéreos. No sería misión nuestra su análisis y estudio crítico más que en la parte referente al servicio sanitario, y en este aspecto hemos de señalar que no en todas el resultado fué tan satisfactorio como se hubiera deseado, debido a la multitud de factores o imponderables que existen en ellas, precisamente por el grave y difícil problema que ofrece la evacuación de las bajas.

En las campañas de Birmania y el Pacífico se ha utilizado con éxito para evacuación el planeador con enganche "Snacht pick-up".

Como ustedes pueden aceptar por todo lo anteriormente dicho, el servicio de las unidades paracaidistas ha de reunir, además de las condiciones esenciales que al principio indicábamos, una, también fundamental e indispensable, y es que numéricamente ha de ser muy nutrido, ya que la dispersión de las fuerzas y las bajas que en el mismo personal sanitario se produzcan obligan a tener siempre personal disponible.

Nuestras unidades de paracaidistas tienen su fundamento orgánico sanitario como el de las unidades de Infantería, con su clásico Médico de batallón, practicante y soldados de compañía; creemos que no es esto, y debemos señalar que con lo que tenemos no basta y que hay que enfocar el problema con toda objetividad si queremos que el día de mañana no nos cojan los acontecimientos desprevenidos y faltos de preparación.

Como una ligera idea de lo que debe ser el servicio sanitario de una unidad, y ya que lo norteamericano está tan en boga, vamos a reseñar el personal de que se compone el Destacamento de Sanidad de un regimiento de paracaidistas de aquel país.

Este Destacamento lo manda un Comandante Médico, que tiene a sus órdenes cuatro Capitanes y cuatro Tenientes Médicos; ulteriormente, en 1944, se dispuso que los ocho Médicos podían ser indistintamente Capitanes o Tenientes.

La plantilla total de personal sanitario entre Oficiales y tropas es de 69.

Cada batallón tiene dos Oficiales y 17 de tropas; total, 19.

Los individuos de tropa exclusivamente camilleros son seis; el resto tiene una instrucción sanitaria superior, como auxiliares de los Médicos, lo cual no excluye el que en un momento dado puedan actuar también como camilleros (camilla plegable para el lanzamiento).

Como último comentario al Servicio Sanitario en las Unidades de Paracaidistas hemos de hacer referencia (ya que en el transcurso de este artículo lo habíamos dejado deliberadamente para último lugar), el caso desgraciado en que "toque perder", o sea, cuando las unidades lanzadas no logren establecer contacto con sus bases, o no recibiendo el necesario apoyo por vía aérea, se vean obligadas por la presión del adversario a sucumbir. En este caso, y tratándose de países civilizados, y por lo que al personal sanitario y heridos se refiere, no cabe más solución que lo previsto en los Convenios internacionales que regulan estas situaciones, y amargamente, pero de honrosa manera, cumplir con el deber que los mismos señalan; y si, desgraciadamente, la naturaleza psicológica y social del país donde se combate no respetara los mencionados Convenios, entonces llegaría el momento de que el personal sanitario ampliase el radio de acción del cumplimiento de su deber, no sólo al cuidado de las bajas, sino a su defensa activa, convirtiéndose en un combatiente más y poniendo todas sus energías y su vida, si es preciso, al servicio de esta defensa.

Un ejemplo honroso del primer caso lo

tenemos en la fracasada operación de los aliados en Arnheim.

Una vez desembarcados los aliados en Normandía, las fuerzas aerotransportadas, organizadas ya en Ejército aerotransportado, intervinieron activamente en varias operaciones. La primera fué la "Operación Marquet-Garden", que constituyó casi un fracaso, aunque Montgomery la calificó como un 90 por 100 de éxito. Esta operación, también llamada batalla de Arnheim, fué la más extensa operación realizada después de la del desembarco de Normandía, toda vez que intervinieron tres Divisiones y una Brigada Paracaidista; tal vez si el éxito la hubiera acompañado, la guerra se hubiera acortado mucho, dado lo audaz de la misma. El dispositivo de los aliados era el siguiente: Cabeza de puente sobre el canal Mosa-Escalda; de allí, y por una carretera al Norte, se pasaba a Einthoven, cruzando después el canal Guillermina en Zon, los Guillermo Waal en Veghel, el río Nas en Greve, el canal Hans-Waal al sur de Nimega; aquí el Waal, muy ancho, que es la desembocadura inferior del Rhin, y en Arnheim, el Nieder-Rhin. Las tres Divisiones aerotransportadas se lanzaron sobre esta línea general de comunicación (70 kilómetros) con el fin de ocupar los puentes y facilitar el avance de las Divisiones blindadas, que ocuparían los Países Bajos y facilitarían el acceso a Alemania por el norte de la Línea Sigfrido.

Del volumen y calidad de las fuerzas lanzadas dan una idea los siguientes datos: en paracaidistas, 20.170 hombres; en planeadores, 13.781 hombres; 5.000 toneladas de equipos, armamentos y suministros; 2.000 vehículos y 600 piezas de artillería.

Hubo 12.000 bajas entre muertos, heridos y prisioneros, dando, por tanto, una proporción del 30 por 100 de bajas, aunque por separado alguna de las Divisiones (la primera británica) tuvo más cantidad proporcionalmente; en esta operación el Servicio Sanitario, que actuó heroicamente, no tuvo posibilidad de evacuar todas las bajas, cayendo en poder de los alemanes la mayor parte de ellas y el personal sanitario; siendo tratados con todas las consideraciones y honores que

les correspondían, por caballeresco adversario.

Y con esto damos por terminada la parte referente a Unidades de Paracaidistas y aquellas que por más o menos tiempo hayan de quedar aisladas de sus bases.

Vamos ahora a ocuparnos de aquellas otras que, en constante comunicación aérea, marítima o terrestre, son llevados por aire al campo de operaciones, bien por razones técnicas o logísticas; es decir, de las Divisiones terrestres aerotransportadas.

En general, y como norma fundamental de orientación, hemos de señalar la rapidez y oportunidad de la llegada de las mismas como directrices básicas del empleo de estas Unidades.

También la historia de la última guerra mundial abunda en ejemplos prácticos e instructivos de esta clase, si bien hemos de decir que en bastantes casos han sido precedidas de lanzamientos de Unidades de paracaidistas como prólogo del desembarco aéreo de estas Divisiones. Con bastante anterioridad a la segunda guerra mundial, ya en el Ejército ruso se ocuparon activamente de la preparación de paracaidistas y de fuerzas aerotransportadas; todavía recordamos que allá por el año 30 ó 31 leíamos en un resumen de una revista de Aviación rusa el experimento realizado por un paracaidista al lanzarse desde más de 2.000 metros y recorrer 1.500 con el paracaídas cerrado, abriéndolo a los 500 metros del suelo y llegando a tierra sin novedad. Posteriormente se realizaron experiencias de transporte de tropas y servicios sanitarios por vía aérea, y se pensó en la organización de Unidades Aerotransportadas utilizando bien aviones militares propios para el transporte y evacuación, ya aviones comerciales adaptados a estas funciones. En el Tercer Congreso Internacional de Aviación Sanitaria, celebrado en Bruselas el año 1934, fuimos encargados de la presentación y desarrollo de la ponencia titulada "Adaptación y transformación de los aviones comerciales en aviones sanitarios", como exponente de lo que ya venían preocupando estas cuestiones en los distintos países.

Ya durante la última guerra mundial se realizaron operaciones de desembarco aéreo, en gran escala unas veces, como medio de transporte de tropas, y otras en pequeña escala, como operaciones de sorpresa o comandos con fines militares; recordemos a este propósito la operación liberadora de Mussolini en el Gran Sasso, el golpe de mano sobre Brunneval realizado por los aliados para apoderarse de un puesto de radar y en el cual pudieron ser evacuados por mar siete heridos y se perdieron otros siete. La campaña de Noruega puede también mencionarse como ejemplo de empleo de fuerzas aerotransportadas. Dombas, Trondheikm, Oslo y Narvick son ocupados en gran parte en esta forma; puede decirse con toda verosimilitud que en aquella guerra los alemanes dieron la pauta de esta clase de operaciones, lo cual hizo que los aliados a su vez reaccionaran organizando sus tropas aéreas y obteniendo resultados tan alentadores como los de las operaciones de Sicilia con las Divisiones inglesas 1.ª y 6.ª y americanas 82 y 101, cada una de las cuales llevaba ya su compañía de Sanidad divisionaria y sus sanitarios de Regimiento y Batallón.

Además y por parte de los americanos se organizó un Escuadrón de Evacuación Aérea, que actuaba a la vez para las fuerzas aerotransportadas y las terrestres.

En la operación de desembarco de Normandía (denominada operación Overlod) Eisenhower estimó indispensable por lo menos dos Divisiones aerotransportadas para la Península de Cottentin y otra para asegurar zonas vitales y puentes en Caen y el río Orne.

Los cálculos previos de bajas Seig-Mallory presagiaba un 75 a 80 por 100 del personal y material empleado; mas luego la realidad demostró lo exagerado de este porcentaje, toda vez que en el personal sólo llegó al 10 por 100 entre los muertos y heridos.

La División más afortunada fué la 6.ª aerotransportada inglesa, que cayó exactamente en el lugar elegido y agrupada en un kilómetro cuadrado. Hubo como nota curiosa el lanzamiento de muñecos con paracaídas, que haciendo explosión al

llegar a tierra sin dejar rastro alguno causaron gran desconcierto y confusión entre los alemanes; tan afortunada fué la operación de esta Unidad, que a las pocas horas ya quedaba perfectamente abastecida de su material y equipo de todos sus elementos sanitarios; en cambio, las Divisiones americanas 82 y 101 fueron menos afortunadas, porque el fuerte viento dispersó a los paracaidistas y planeadores en un área muy extensa, con lo cual el resultado no fué muy favorable.

No tenemos muchas referencias de las operaciones realizadas en Asia y en el Pacífico por ambos bandos contendientes, pero es de presumir hayan sido también utilizados en gran escala los elementos aerotransportados.

La Unidad sanitaria correspondiente a una División orgánica en nuestro Ejército es la Compañía mixta de Sanidad, con sus tres Secciones: de Evacuación y Transporte, de Hospitalización y de Higiene y Desinfección; claro es que desde el punto de vista del aerotransporte no hay inconveniente en conservar este Organismo, ya que la capacidad del transporte de los modernos aviones permite puedan acoplarse en su interior los elementos más dispares en volumen y peso. Así, ya hoy pueden transportarse por vía aérea todos los vehículos y material pesado de las distintas Secciones de que se compone la Compañía Mixta de Sanidad de la División, incluso su Hospital de Campaña correspondiente, bien sea del modelo de tiendas o del de barracas; anejo al Hospital de Campaña va también el Equipo Quirúrgico correspondiente, cuyo personal y material también puede ser aerotransportado.

Convendría dotar a la Sección de Evacuación y Transporte de la Compañía Mixta de Sanidad Divisionaria Aerotransportada, además de los vehículos y de medios de transporte terrestre, de los correspondientes medios de transporte aéreo propios, aviones ambulancias de la capacidad suficiente para grandes evacuaciones y amplio radio de acción para evacuaciones a gran distancia; también sería conveniente dotarlas de pequeños y rápidos aviones de transporte capaces para evacuación de bajas que necesitaran urgentísima y es-

pecial intervención que pudiera ser realizada en el Equipo Quirúrgico divisionario.

Dado el gran radio de acción y velocidad de los modernos aviones de transporte, no consideramos necesario pensar en la instalación a bordo de los mismos de medios para realizar intervenciones quirúrgicas a la manera del antiguo Aerochir, proyectada por el ingeniero polaco Niemeoroski.

De todo lo anteriormente expuesto, y volviendo a las mismas reflexiones que nos sugirieron los estudios sobre el Servicio sanitario en los paracaidistas, estimamos muy conveniente se fuera pensando sobre la marcha en la organización y dotación de personal y material sanitario de las Divisiones aerotransportadas. Como médicos del Aire, acaso en este aspecto hagamos alguna interferencia a la Sanidad terrestre; pero de todas formas, todos debemos contribuir con nuestras aportaciones a la mejor solución de estos problemas; estimamos, no obstante, que hay un aspecto privativo de la Sanidad aérea, y es aquel relacionado con la "evacuación aérea de las bajas", según la naturaleza de las mismas, condiciones en que se hayan de realizar el vuelo y contingencias durante el mismo.

Existe también un problema de índole profesional relacionado con la asistencia y evacuación de bajas en primera línea por médicos pilotos de helicópteros o aviones cigüeñas, y que dado el reducido desplazamiento de los mismos y su limitada capacidad de transporte al ser pilotados por los propios médicos, podría aprovecharse más el espacio del avión. Estimamos, por tanto, que a ciertos médicos del Aire debería facilitárseles la enseñanza de este pilotaje elemental.

Y para terminar, y a falta de datos de otras naciones, veamos los que hemos podido recoger de los americanos a falta de otros por conocer.

Los americanos tienen tres tipos de Unidades Sanitarias Aerotransportadas:

1.º Destacamento Médico de las Unidades de Tropa de la División Aerotransportada.

2.º La Compañía de Sanidad de la División Aerotransportada.

3.º El Escuadrón de Evacuación Aérea.

1.º *Destacamentos de Sanidad de los Regimientos y Unidades de las Divisiones aerotransportadas.*

Los Regimientos de Paracaidistas, los de Planeadores, la División de Artillería Antiaérea tienen cada uno sus elementos sanitarios propios, divididos en tantas Secciones como batallones componen cada Regimiento, y funcionando durante el combate con su batallón correspondiente.

La plantilla del Regimiento de Paracaidistas fué ya estudiada anteriormente en este mismo artículo.

Cada División tiene dos Regimientos de Planeadores con dos batallones cada uno. Cada Batallón dispone de 71 hombres, de los cuales 12 son camilleros; disponen además de tres ambulancias de $\frac{1}{4}$ de tonelada para toda clase de terrenos, con su correspondiente remolque, de un cuarto de tonelada, que son una especie de "jeeps" pequeños dotados de camillas; estos planeadores al tomar tierra por lo general sufren bastantes averías, dependientes del estado del terreno, pericia de los pilotos y circunstancias del aterrizaje; el material se deteriora bastante, y el número de bajas; en circunstancias de aterrizaje favorable, suele ser del 2 por 100 (como en los paracaidistas) o más, si es en circunstancias desfavorables.

Los Regimientos de artillería divisionaria tienen una plantilla de 50 hombres, siete ambulancias y cuatro remolques.

El Batallón de Zapadores Aerotransportable tiene plantilla variable según las misiones a realizar en la ocupación y utilización de Aeródromos que hayan de habilitar.

2.º *Compañía de Sanidad de una División aerotransportable.*

No se parece en nada a nuestras compañías mixtas de Sanidad, ni en su composición ni en su dotación, y solamente algo en sus misiones.

Es mandada por un Comandante y consta de seis Capitanes y 13 Tenientes.

Más bien es un Grupo de Sanidad; en conjunto se compone de 215 hombres.

Tiene como misiones fundamentales:

1.º Dar servicio médico de segundo

escalón a todo el personal de la División Aerotransportada; reunión y clasificación de heridos.

2.º Abastecer de material médico-quirúrgico a toda la División.

Está organizada en la siguiente forma:

1.º Una Sección de P. M. (26 hombres).

2.º Pelotones de servicios especiales, que son los siguientes:

Cocina, enlace, reparación de motores; aprovisionamiento de material y medicamentos; suministros generales.

3.º Tres pelotones iguales.

En la organización americana el pelotón es una unidad superior a la Sección y subalterna a la compañía.

Cada uno de estos tres pelotones iguales tienen tres Secciones:

1.ª Sección de Camilleros, con 16 camilleros y otros 20 hombres entre practicantes y técnicos diversos.

2.ª Sección de Ambulancia, con seis ambulancias de $\frac{1}{4}$ de tonelada con cinco remolques.

3.ª Sección de Tratamiento, con un Capitán, tres Tenientes y 15 de tropas.

Estos pelotones llegan al campo de batalla en planeadores al mismo tiempo que los restantes servicios regimentales.

El Pelotón de Tratamiento está dotado de elementos necesarios para un número superior de operaciones quirúrgicas al corriente en una División.

Monta un puesto de socorro cerca de la cabeza de desembarco aéreo y es apoyado en su momento oportuno por el Escuadrón de Evacuación Aérea.

En el caso de que la cabeza de desembarco aéreo quede incomunicada y no pueda evacuar sus bajas por el Escuadrón de Evacuación Aérea, se pueden emplear uno de estos tres procedimientos: aviones pequeños, helicópteros o planeadores con enganche por "Snacht pick-up", como anteriormente indicamos.

3.º *Escuadrón de Evacuación Aérea.*

Es una unidad de evacuación por medio de aviones sanitarios, de la cual, anteriormente también, hemos hablado ya.