

# Aspectos sanitarios en las misiones de PR

**JUAN J. ARBOLÍ**  
*Teniente coronel del Ejército del Aire*  
**ARMANDO MUNAYCO**  
*Comandante CMS*  
**FRANCISCO DE ASCANIO**  
*Teniente RV del Ejército del Aire*

*Personnel recovery* (PR) se define como la suma de los esfuerzos militares, civiles y diplomáticos para conseguir la recuperación y vuelta a la normalidad del personal aislado. Este personal aislado, según la doctrina OTAN, puede ser militar o civil, se encuentra separado de su unidad u organización y resulta de una pérdida de control. Ello le lleva a verse forzado a sobrevivir, a evadirse, a resistir la explotación por parte del adversario o a volver a control amigo, bien sea por sí mismo, o bien asistiendo a quien lo haga. Como vemos, en estas definiciones no se menciona nada en concreto de la condición física de ese personal, o de la atención sanitaria. Sin embargo, un análisis algo más detallado nos permite descubrir su relevancia.

En primer lugar, la condición física del personal aislado va a influir en su capacidad para valerse por sí mismo. El mero aspecto de sobrevivir al ambiente y a la amenaza es fundamental, y como parte de ello, el cuidado y la atención sanitaria, bien sea proporcionada por sí mismo, o por personal especializado, cobra particular relevancia. La propia recuperación puede tener implicaciones médicas que no sean baladíes, y que deban ser afrontadas coherentemente. Este personal aislado ¿qué heridas presenta?, ¿se puede mover?, ¿de cuánto tiempo disponemos?...; son numerosas las consideraciones que deben preverse para hacer la misión de PR efectiva y segura.

Una vez que este personal es recuperado, es cuando entra en juego el concepto de reintegration<sup>1</sup>, que hemos traducido como vuelta a la normalidad. Con respecto a este personal aislado ¿ha corrido riesgo

<sup>1</sup>*The operational process of providing medical and psychological care to personnel recovered from isolation and debriefing them for intelligence and lessons learned purposes* (AJP 3.7). El objetivo de la reintegración tiene dos aspectos bien diferenciados: la atención a las necesidades médicas y psicológicas del repatriado y la necesidad de recoger información sobre el suceso. En este artículo, nos estamos centrando tan solo en el primero.



su vida?, ¿ha sido capturado e interrogado por el enemigo?, ¿puede tener sensación de culpabilidad?, ¿se han ocasionado lesiones o traumas permanentes? Vuelve a haber innumerables consideraciones: ¿qué aspectos sanitarios deben ser tenidos en cuenta para las misiones de PR? Empecemos con un poco de historia.

#### LA ATENCIÓN SANITARIA EN LA HISTORIA DE PR

Comenzamos haciendo un breve repaso de la historia militar reciente para ver el origen del

concepto actual de PR y para ver el papel que ha tenido, desde entonces, la atención sanitaria.

Antes de la Segunda Guerra Mundial, la posibilidad de quedar aislado no era muy habitual. La limitación física del campo de batalla hacía posible recuperarse por sus propios medios si le acompañaba una buena condición física. Sin embargo, para los heridos, la atención sanitaria era muy limitada, y era bastante probable morir como resultado de las heridas.

Es a partir de la Segunda Guerra Mundial cuando cobra relevancia el coste y la dificultad de formar

*Atención sanitaria inmediata. (Imagen: Chisco de Ascanio)*





Primera asistencia

a ciertos combatientes, como los pilotos, que son difícilmente sustituibles en el corto plazo. El hecho de tener que reemplazarlos por personal menos experto implicaba, necesariamente, una mayor pérdida de aeronaves y una ventaja estratégica para el enemigo. Es a partir de entonces cuando, como una parte esencial de PR, la vuelta a la normalidad lo antes posible se vuelve imperativa.

Para recuperar a las tripulaciones derribadas se utilizaron diversos métodos: en Europa se dispusieron patrullas marítimas en el canal de la Mancha, redes de resistencia en zonas interiores y una organización de rescate. Este servicio (Air-Sea Rescue) de la Marina y la Fuerza Aérea consiguió rescatar a 444 tripulantes aéreos y constituiría el embrión del Servicio Aéreo de Rescate (SAR) de la USAF. En total, en la Segunda Guerra Mundial se rescataron a casi 5000 tripulantes.

En el otro teatro, el Pacífico, los aterrizajes paracaidistas en la jungla ofrecían pocas posibilidades de supervivencia. Por eso, los pilotos alcanzados por fuego enemigo intentaban dirigir sus aeronaves cerca de los barcos aliados, y se diseñó equipamiento específico para la supervivencia en estas circunstancias.

#### COMPONENTES PRINCIPALES DE LOS ASPECTOS SANITARIOS EN PR

supervivencia  
en cualquier  
ambiente

atención  
inmediata en la  
recuperación

reintegración  
o vuelta a la  
normalidad

Fue a partir de la guerra de Corea cuando se crearon escuelas de supervivencia, evasión, resistencia y extracción (SERE) de manera que se proporcionara al personal unas TTP que le permitieran, entre otras cosas, sobrevivir en cualquier ambiente.

Vemos así cómo desde el principio se han contemplado estos tres aspectos: en primer lugar, la preparación individual para sobrevivir en cualquier ambiente; en segundo lugar, la atención inicial sanitaria llevada a cabo por el propio personal, y por último, la disponibilidad de un servicio que prestara atención sanitaria por verdaderos especialistas. Con el tiempo el proceso ha ido mejorando. Lo veremos en un capítulo más adelante.

#### LA PREPARACIÓN, IMPRESCINDIBLE. LA ATENCIÓN INMEDIATA, TAMBIÉN

Tradicionalmente se había considerado que las tripulaciones aéreas y las fuerzas de operaciones especiales (SOF) eran aquellas que tenían más riesgo de quedar aisladas, de ser capturadas y de ser sometidas a explotación tras esa captura. Ellos han venido disfrutando de una instrucción SERE mucho más completa que el resto del personal. Sin embargo, en las circunstancias actuales es necesario asumir que todo el personal implicado en operaciones tiene un riesgo potencial que, además, expande el teatro de operaciones por toda la geografía del globo. Por lo tanto, la posibilidad de que se presenten situaciones en las que sea



#### Primera asistencia

necesario recuperar a otro personal distinto del anterior, incluyendo a civiles, es mucho mayor de lo que ha sido anteriormente.

La atención sanitaria también ha evolucionado. La instrucción sobre el cuidado de la salud, la prevención de las enfermedades y los primeros auxilios forman parte de la instrucción básica del combatiente. Además, debe ser contemplada con mayor énfasis en los programas de instrucción de SERE o de *individual common core skills* (ICCS).

La atención prehospitalaria del trauma bélico ha cambiado mucho desde la aparición del *tactical casualty combat care* (TCCC) en 1996, con la introducción de una atención sanitaria diferenciada en fases, la recomendación de uso prioritario y preferente de los torniquetes de extremidades y tronconodales o de unión, la aparición de productos hemostáticos capaces de coercer hemorragias masivas, y diferentes recomendaciones y mejoras en la atención sanitaria prehospitalaria actualizadas con la mejor evidencia científica disponible y adaptadas al medio, la misión y las circunstancias en las que se prestan los cuidados en ambiente táctico. Todo ello con el fin de eliminar las muertes evitables en combate.

Como en el resto de procesos relacionados con la enfermedad traumática, los de origen bélico comparten el énfasis en realizar una estabilización tempranísima de la baja que permita su supervivencia. El trauma en combate es fundamentalmente quirúrgico, pero lo primero que necesita un cirujano para salvar una vida es un paciente vivo en la mesa de operaciones. El primer interviniente es quien está en mejor situación para lograr ese objetivo.

Esa primera asistencia, en la mayoría de los casos, debe aplicarse por personal que ha recibido una formación profesional especializada. A veces provoca confusión que se les llame *medics* o paramédicos en inglés –siempre mal traducido al castellano– cuando en realidad se trata de militares formados con competencias asistenciales básicas y específicas que trabajan con protocolos sanitarios y bajo la supervisión del personal del cuerpo militar de sanidad de sus respectivas naciones.

Hace poco más de una década que los soldados españoles fueron conscientes de la relevancia de estos conocimientos sanitarios de estabilización de las bajas en combate para maximizar sus posibilidades de supervivencia, especialmente al comenzar las misiones de las Fuerzas Armadas en Iraq y Afganistán.

Muy pronto, muchas de estas unidades españolas comenzaron a formarse en TCCC y sanidad táctica prehospitalaria. Posteriormente, las propias Fuerzas Armadas integraron y ofrecieron a su personal cursos avanzados como el CASYOPEA del Ejército del Aire para capacitar a sus PJ, los cursos de soporte vital básico en combate o de sanitario en operaciones del ET que organizaba la EMISAN, o cursos específicos de TCCC para la Fuerza de Guerra Naval Especial, EZAPAC y otras unidades de operaciones especiales.

En cuanto los primeros alumnos empezaron a formarse y a desplegar en misiones, fue preciso preguntarse si todos esos conocimientos y habilidades adquiridos por nuestros soldados, muchos de los cuales representan verdaderos actos facultativos (prescribir fármacos, realizar intervenciones, cruentas cirugías o coger vías intravenosas o intraóseas) reservados jurídicamente a los graduados universitarios en medicina o enfermería, podrían ser legalmente aplicados por personal que no estuviese en posesión de ese título.

El personal de las unidades de operaciones especiales, por la naturaleza de sus misiones, están más expuestos al aislamiento y la necesidad de proporcionar medios de supervivencia a sus bajas. Diferentes estudios muestran que un 25 % aproximadamente de muertes en el campo de batalla podrían haberse evitado si los primeros intervinientes hubieran estado adecuadamente preparados. Por este motivo, el marco legal español prevé que cuenten con una formación avanzada de nivel de capacitación 3 (NC3) que les capacita incluso para realizar intervenciones invasivas, como abrir una vía aérea quirúrgica o administrar oxigenoterapia, antibióticos, analgesia o fluidoterapia resucitativa. Otro personal del EA menos expuesto al riesgo de aislamiento debería quizá formarse en el nivel intermedio, NC2, capacitándose para suministrar medicación intraósea, controlar hemorragias

### ¿PARAMÉDICOS?

Por Real Decreto 230/2017 de 10 de marzo, se regulan las competencias y cometidos de apoyo a la atención sanitaria del personal militar no regulado por la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias, en el ámbito estrictamente militar.

En esta norma legal, se prevé la existencia de hasta tres niveles de formación sanitaria del combatiente de las fuerzas armadas: básico, medio y avanzado. Se huye cuidadosamente de utilizar el término paramédico, con el que generalmente se los conoce. La norma los llama personal de apoyo (avanzado) a la atención sanitaria en operaciones. Está aún pendiente su desarrollo mediante Orden Ministerial.

exanguinantes y solucionar problemas fatales como el neumotórax a tensión, pero sin el plus de especialización que el personal de operaciones especiales requiere.

La combinación de esta formación sanitaria avanzada, TCCC y CASYOPEA, junto con su formación como combatiente altamente especializado, convierte al personal de operaciones especiales del EZAPAC en especialistas idóneos para actuar como fuerzas de extracción (EF) y estabilizar a cualquier ISOP (personal aislado) desde el momento de su regreso al control de fuerzas aliadas hasta su llegada a una instalación sanitaria fija, o un escalón sanitario superior, idealmente con capacidad quirúrgica.



Instrucción realísta

El curso CASYOPEA se creó en el año 2009 bajo el Mando Aéreo de Combate, asignando a la UMAAD Madrid como coordinadora de la formación. Se cursaron cuatro convocatorias más, hasta que en el año 2013 la Escuela de Técnicas Aeronáuticas (ESTAER) pasó a dirigir el curso hasta la actualidad. El objetivo del curso es proporcionar a los primeros intervinientes habilidades asistenciales salvadoras ante heridos en combate en situaciones de aislamiento sin presencia de personal facultativo. El contexto competencial se circunscribe a operaciones internacionales. Hay que tener en cuenta que la formación se basa en la evidencia científica que avala el impacto que tiene sobre la supervivencia esta doctrina.

La formación continuada es fundamental, y la UMAAD Madrid, durante su participación en los ejercicios SMARA o ejercicios propios relacionados con operaciones especiales (SAO SAN), ha recertificado a parte de los CASYOPEA con actualización de los conocimientos. Esto mismo se ha realizado en los últimos Air Centric Personnel Recovery Operatives Course (APROC), organizados por el EPRC, donde la participación de personal sanitario del EA especialista en la atención prehospitalaria ha sido destacada y apreciada por los organizadores.

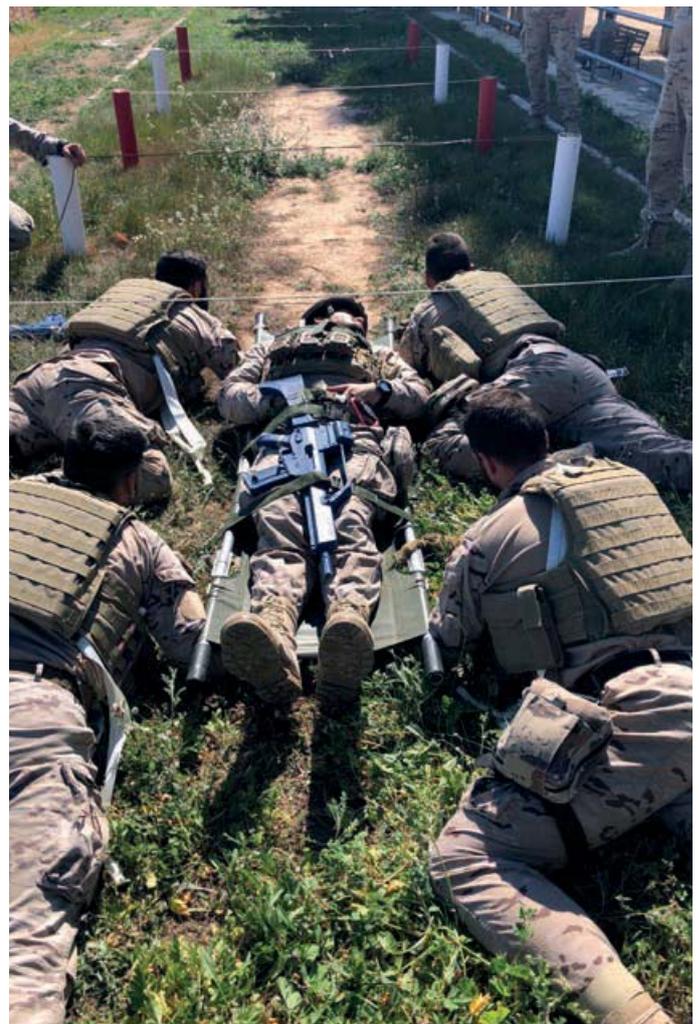
Una vez que el ISOP sea recuperado, puede ser necesario su traslado a una instalación con capacidad de cirugía de control de daños en los casos de *forward surgical element* (FSE para operaciones especiales) o role 2. Ambos pueden ser desplegados por la UMAAD a un teatro de operaciones. Otra opción es realizar inicialmente el traslado a un role 3, con más especialidades quirúrgicas, siempre que se encuentre dentro del radio de acción establecido y según la gravedad de los heridos. Una vez intervenido, podrá ser trasladado para su tratamiento definitivo y a través de evacuación estratégica al role 4. En España, el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla).

### CUIDADOS SANITARIOS EN COMBATE

La forma como se prestan cuidados sanitarios en combate es muy distinta a cómo la realizan los servicios de emergencias civiles en una gran ciudad. Suele decirse que en el caso de la emergencia civil el herido es la misión. En el entorno táctico, además del



Atención sanitaria inmediata. (Imagen: Chisco de Ascanio)



Transporte de herido

herido, está la misión. En el entorno civil la prioridad es que el paciente esté lo antes posible en la mesa del cirujano. El tiempo de traslado se suele cifrar entre 5 y 10 minutos. En el entorno táctico, no siempre es posible garantizar los tiempos de evacuación. En el entorno civil, el personal sanitario no accede a los pacientes hasta que la zona es segura. En el entorno táctico el personal asistencial puede actuar en zonas de mucha mayor amenaza. Las circunstancias, método, entorno, prioridades y capacidades asistenciales son muy diferentes en uno y otro caso. Las particularidades de este entorno asistencial hacen necesario distinguir los cuidados según la situación en la que se encuentra el combatiente. Si hay algo que la sanidad militar tiene muy claro es que una buena

decisión médica puede ser una muy mala decisión táctica. Y una mala táctica puede ser catastrófica para toda la unidad.

La asistencia sanitaria prehospitalaria a la baja en combate se presta diferenciándose tres fases: cuidados bajo el fuego, cuidados tácticos y cuidados en evacuación táctica.

En la fase de cuidados en evacuación táctica el paciente está siendo evacuado desde el punto de herida (POI) hasta una instalación sanitaria (MTF), bien por carretera, por aire o mar. En esta fase pueden estar disponibles medios asistenciales adicionales, tales como oxígeno medicinal, ventiladores, aspiradores de secreciones, o puede estar disponible personal asistencial con más cualificación que forma



*Atención sanitaria inmediata*

parte de la tripulación del vehículo de rescate y que puede aplicar técnicas avanzadas como REBOA, transfusiones, tubo torácico, etc. El entorno asistencial es austero, ruidoso y remoto, confinado en la cabina de una aeronave. Un gran elemento diferenciador en entorno táctico, máxime en operaciones PR, es que la asistencia sanitaria por parte de la tripulación se hace durante el movimiento: *scoop and run playing*

### LA ATENCIÓN SANITARIA EN PR. UNA ESPECIALIDAD NECESARIA PARA UNA RÁPIDA VUELTA A LA NORMALIDAD

Si conseguimos restituir cuanto antes a su puesto a quien ha quedado separado de la organización que le presta apoyo lograremos la mínima repercusión



#### MEDEVAC vs. PR

El primer traslado del ISOP necesitado de cuidados sanitarios se hace desde el campo de batalla hasta una instalación con capacidad quirúrgica role 2 o 3. Debe ser inmediato, ya que de su rapidez depende la posibilidad de supervivencia. Se trata de cumplir los tiempos (*timeline*) 10-1-2. Desde el momento de las lesiones, en 10 minutos deben aplicarse medidas salvadoras. En 60 minutos, asistencia en soporte vital avanzado, y en dos horas cirugía de control de daños.

En una situación así cabe preguntarse por las similitudes entre una misión de PR y una aeroevacuación inicial (avanzada).

En un informe OTAN relativo a las operaciones militares de ISAF, (Medical Evacuation Policies in NATO MP- HFM-157-01), Harstenstein indicaba cómo la mayoría de las MEDEVAC iniciales o avanzadas voladas en Afganistán tenían como destino inicial una zona de aterrizaje caliente bajo la amenaza de fuego enemigo, y por tanto reunían algunas de las características de una operación de PR, destacando lo difuso de la frontera entre ambos tipos de operaciones, y proponía la necesidad de unificar la doctrina de ambos tipos de operaciones de rescate.

negativa sobre la misión. Para ello, tan pronto como se reciba la comunicación de un posible suceso de PR, se deben recopilar los detalles de la condición médica del personal aislado. El estado de salud de este personal aislado afectará a los otros dos elementos de PR. Por un lado, las fuerzas de recuperación (RF) planearán de acuerdo a ella y, siempre que sea posible, los vehículos de rescate (RV) intentarán adaptarse a esta necesidad. No obstante lo anterior, no debemos confundir esta misión de PR a personal herido con una evacuación avanzada donde, aunque los requerimientos pueden ser similares, la atención sanitaria es lo más importante.

Además, e incluso antes, los equipos de las fuerzas de extracción (EF) que en España singulariza el EZAPAC, también planearán al efecto el ISOP: ¿puede andar?, ¿le hace falta camilla?, ¿cuánto tiempo vamos a necesitar?, ¿qué medicamentos o aparatos debemos llevar?... Esas son algunas de las múltiples preguntas que deben hacerse para que la improvisación sea mínima, como también para que el tiempo de exposición sea el mínimo indispensable.

Pero las fuerzas encargadas de la recuperación, (RF) tanto vehículos de rescate (RV) como personal encargado de la extracción (EF), no son los únicos que deben tener esto en cuenta, el personal del centro de operaciones, asesorado en estos aspectos por el personal especialista de la célula de coordinación de PR (PRCC), empezará a pensar en la reintegración o vuelta a la normalidad. ¿Dónde se van a recuperar?, ¿qué atención sanitaria y psicológica van a necesitar?



Instrucción transporte herido

Los EE. UU., con amplia experiencia en operaciones, lo tienen perfectamente reglado en un proceso en tres fases. En ellas, hay una faceta que se ocupa de la parte puramente operativa, con los correspondientes *debriefings* de inteligencia y SERE. Pero, incluso antes de estos, hay un aspecto de atención al personal, en sus dos vertientes: la médica y la psicológica, que no son menos importantes. Este proceso, llamado reintegración o vuelta a la normalidad, tiene consecuentemente varios objetivos. Se trata de colaborar en el proceso de lecciones aprendidas y mantener la moral de las fuerzas. Pero, sin duda, el

objetivo principal es devolver al individuo a su normalidad (familiar y operativa) lo antes posible.

La OTAN está también trabajando para tener estandarizado este proceso entre sus naciones miembro. El enfoque, aunque también basado sobre todo en la experiencia de los EE. UU., es ligeramente diferente. En EE. UU., como hemos mencionado anteriormente, se consideran tres fases con distinta duración y grado de atención, fases que pueden ser sucesivas si la situación lo requiere. La OTAN, como decimos, está trabajando en un STANAG en el que se mencionan cuatro pasos en vez de esas tres fases. Estos pasos son: la evaluación médica inicial, la atención psicológica, el *debriefing* y el apoyo a la familia (exclusivamente de responsabilidad nacional).

En cualquier caso, para afrontar con garantías este proceso, varios son los aspectos que se deben tener en cuenta. En primer lugar, las características del personal aislado. Por ejemplo, no será lo mismo si este personal es militar o civil. También dependerá, en gran medida, de sus consideraciones familiares.

Aparte, en el proceso influirá

el hecho de que haya estado huyendo para evitar la captura, o bien que haya sido capturado por el adversario. También se debe valorar si la causa del suceso fue debida a una negligencia, un accidente, o una acción del adversario..., si ha estado solo o formaba parte de un grupo, si ha habido muertos, su estado médico... Todos estos aspectos deben ser considerados y dirigirán el proceso en un sentido o en otro.

Lo que queda fuera de toda duda es que, junto con otro personal especialista, el personal facultativo (médico, enfermero y psicólogo), tiene en este proceso una labor importantísima. Y el personal

sanitario debe estar preparado para atender los requerimientos de este tipo de misiones.

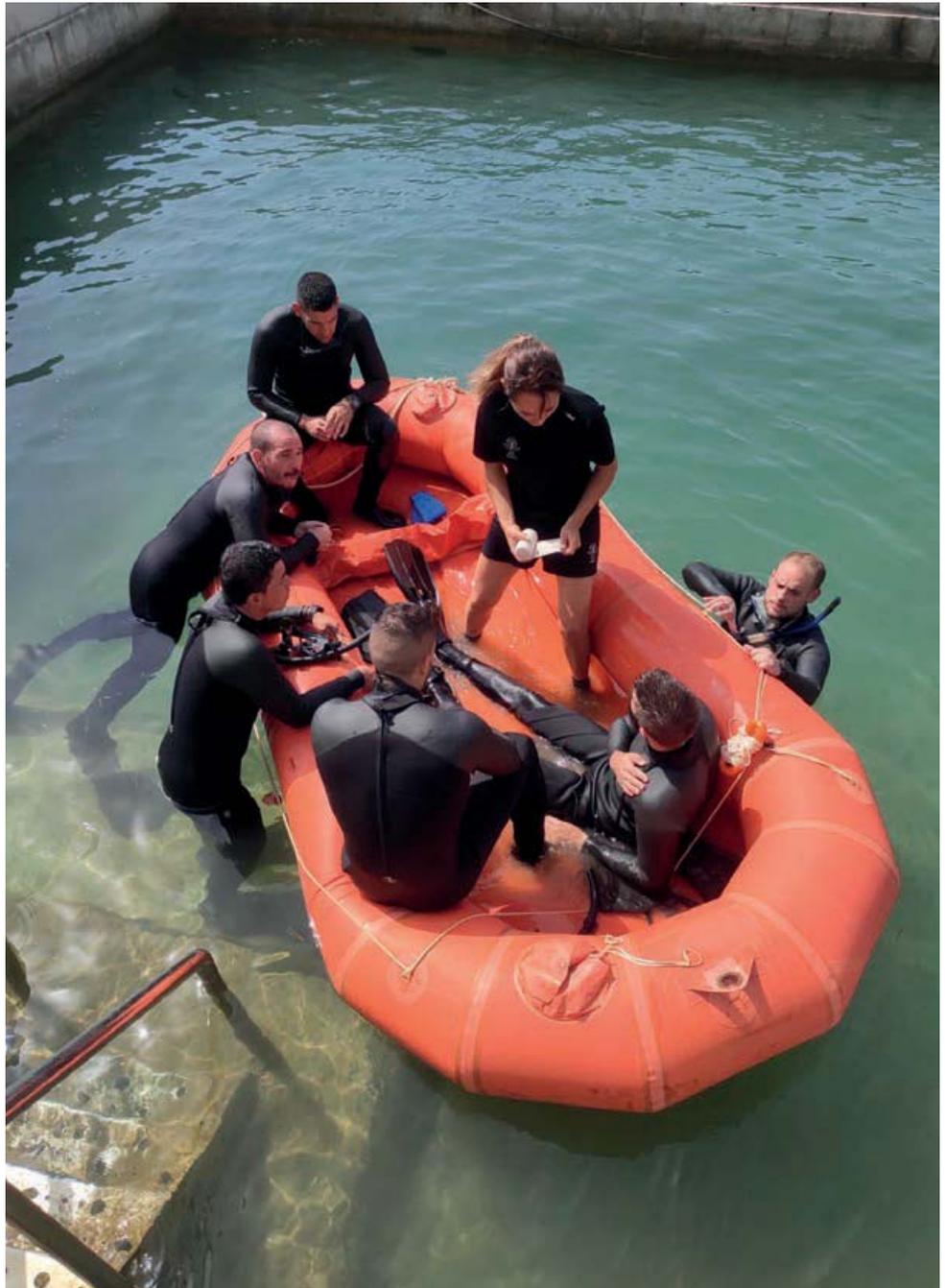
Por ejemplo, ya son varios los países que han creado la figura del psicólogo SERE como encargado de la preparación psicológica y de la atención al personal que haya estado expuesto a una situación de aislamiento o captura.

### ¿QUÉ PODRÍA HACER ESPAÑA?

PR es una responsabilidad conjunta, pero será habitual que el comandante de la fuerza conjunta requiera que los componentes específicos lleven a cabo las tareas de PR en beneficio tanto de sus propias fuerzas como de otros individuos aislados en sus áreas de operación. Por eso, aunque PR sea una responsabilidad conjunta, el EA debería asumir aún más un papel de liderazgo en esta materia en todas aquellas facetas que no están aún demasiado desarrolladas o implementadas en España. Y los aspectos sanitarios son un claro ejemplo.

Las *extraction forces* (EF) del EZAPAC reciben una formación avanzada en atención al trauma táctico prehospitalario a través de los cursos de CASYOPEA, TCCC y sus recertificaciones actualizadas, que a la espera de la certificación NC3 y al amparo del real decreto les capacita legal y operativamente para prestar una atención sanitaria inmediata en ausencia de personal facultativo. Aparte, esta unidad puede incluso considerar el empleo de un graduado universitario en enfermería dentro de los propios equipos operativos.

El Ala 48, actualmente con los helicópteros Super Puma, pero esperemos que pronto con el NH-90, puede mantener la atención sanitaria hasta un traslado a un role 2 preparado por la UMAAD. Si se considerase necesario, podría producirse una evacuación médica a territorio nacional, cometido



*Instrucción en agua*

propio de la UMAER. El EA no debería dudar en ofertar estas capacidades al comandante conjunto, en el entendimiento de que todas estas unidades están perfectamente preparadas para esta misión. De esa manera se garantizaría una atención sanitaria de calidad desde el primer al último momento.

Para seguir mejorando estas capacidades, se podrían incluir tareas adicionales a la UMAAD cuando establezcan instalaciones tipo FSE o role 2, ya que serían los encargados de atender los ISOP, idealmente, en primera instancia. A tal fin, habría

que contar también con cierta especialización entre el personal orgánico de la UMAAD para atender este tipo de situaciones. Así mismo, podría considerarse, en las operaciones pertinentes, la presencia de especialistas en psicología<sup>2</sup> preparados para estos escenarios. En este mismo orden de cosas, desde enero del 2016 se cuenta con una nueva especialidad médica, exclusiva de momento en el seno de las Fuerzas Armadas españolas: la especialidad en Medicina de Urgencias y Emergencias en Operaciones (MUE). Esta especialidad incluirá una parte muy importante relacionada con la sanidad operativa, en la que se podría incluir formación SERE al igual que otros aspectos relacionados con el proceso de reintegración de los ISOP.

Estos cometidos irían dirigidos a aligerar la presión, lógica en un proceso estresante, de los ISOP porque el resto de la labor del personal asistencial no difiere tanto de sus actividades habituales. No obstante, convendría contar con protocolos claros para determinar que, si el estado físico y mental es bueno, el ISOP pueda volver directamente a su normalidad. Si no, debería acceder a la siguiente fase, que bien podría establecerse en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, ya que tiene que ser un centro médico preparado al efecto donde realizar los mismos procesos descritos anteriormente, pero de manera más estructurada y detallada, con una duración ilimitada. Esta capacidad también se podría ofrecer para el resto de personal ajeno al Ministerio de Defensa, pero que haya sufrido una captura o un secuestro.

Pero la clave siempre estará no solo en las medidas posteriores al evento, sino en las preventivas o preparatorias. Aquí cobra vital importancia la parte de cuidado de la salud que se imparta en la instrucción SERE. El EA bien podría convertir a la EMP, que es la responsable de esta instrucción, en un centro de referencia conjunto que también impartiera directrices en esta materia para el ET y la Armada.

<sup>2</sup>Conocidos internacionalmente como SERE *psychologists*.



Embarque de PJs en helicóptero

Por último, habría que incrementar la instrucción conjunta de todas las unidades que puedan tener cometidos relacionados con PR (EZAPAC, Ala 48, UMAAD, UMAER...) bajo la dirección de la Jefatura SAO y PR del MACOM para garantizar el perfecto engranaje y la distribución de responsabilidades.

## CONCLUSIONES

La atención sanitaria comienza con la preparación y con el cuidado individual. El personal del EA debe añadir esta instrucción a sus cometidos habituales. Esto cobra más relevancia con anterioridad a participar en operaciones en el exterior. Esta instrucción puede tener cabida dentro del entrenamiento SERE y puede ser impartida,



pool de unidades a la UMAAD, e incluso quizás la UMAER, incorporar a personal de medicina de urgencias y emergencias en operaciones (MUE) y considerar PR entre sus cometidos fundamentales, junto con algunas otras medidas sencillas y relativamente económicas, le podrían aportar una enorme visibilidad y relevancia en el ámbito conjunto.

Una atención sanitaria desde los primeros estadios facilita la reintegración a la normalidad del personal aislado. Disponer de procedimientos establecidos evita la improvisación. Llegado el caso, sin embargo, las misiones de PR no se limitan a recuperar al personal aislado y llevarlo a zona segura. Ni mucho menos terminan ahí, sino que aún tienen mucho por detrás, y el papel del personal sanitario como verdaderos especialistas es fundamental. Este proceso siempre será, en buena medida, responsabilidad nacional, y sin duda contribuye a mitigar el riesgo y a mejorar la efectividad de la fuerza. Se deben fijar responsabilidades, crear procedimientos al efecto y garantizar instrucción y adiestramiento. Todo ello siempre con el fin que es característico en PR: *That others may live*, como señala el lema de la comunidad internacional de PR. ■

cuando menos, como parte de las ICCS antes de ser desplegada.

El EA ha venido realizando notables esfuerzos para tener una capacidad sanitaria básica en sus equipos de rescatadores (PJ) y de fuerzas de extracción (EF) del EZAPAC. También merece destacarse la especialización de las tripulaciones del 803 Escuadrón del Ala 48 para estas misiones. Por ello, aunque todas las actividades se dirijan a nivel conjunto, debería surgir de manera natural un liderazgo del EA que lo convierta en una referencia para PR en el ámbito conjunto. Para PR el EA cuenta con respaldo doctrinal, con historia, con personal y unidades especialistas para PR como son el Ala 48 y el EZAPAC, incluso con una jefatura dentro del MACOM. Añadir en este

#### BIBLIOGRAFIA

- Manring MM, Hawk A, Calhoun JH, Andersen RC. *Treatment of war wounds: a historical review*. Clin Orthop Relat Res. 2009;467(8):2168-2191. doi:10.1007/s11999-009-0738-5
- Eastridge BJ1, Mabry RL, Seguin P, Cantrell J, Tops T, Uribe P, et al. *Death on the battlefield (2001-2011): implications for the future of combat casualty care*. J Trauma Acute Care Surg. 2012 Dec;73(6 Suppl 5):S431-
- AJP 4.10 (B. V1) - (STANAG 2228) NATO Joint Medical Support Doctrine. NATO. May 2015.
- González Canomanuel M. *El comienzo del transporte aéreo sanitario en España. De la campaña del norte de África (1909-27) al Servicio de Búsqueda y Salvamento (1955)*. Sanid mil. 2013;69(4):276-282.
- Sánchez Méndez J. VADE ET TU FAC SIMILITER. *La historia del helicóptero en el Ejército del Aire*. Madrid; 2013.
- Hartenstein, I. *Medical Evacuation Policies in NATO MP-HFM-157-01*. NATO. 2008. Disponible en <https://www.sto.nato.int/publications>. Consultado el 23 de octubre de 2018.