

Sanidad Militar en Bosnia-Herzegovina

la planificación del apoyo y análisis de las bajas evacuadas (nov. '92 a feb. '94)

L. M. Villalonga Martínez*

RESUMEN

Se exponen los criterios y estudios previos llevados a cabo en la Dirección de Sanidad del ET, en el proceso de planificación del apoyo sanitario a la misión española en la antigua Yugoslavia (UNPROFOR). En una segunda parte se analizan las bajas evacuadas desde Bosnia Herzegovina, en un período de quince meses, haciéndose un estudio retrospectivo de la clasificación teórica que dichas bajas hubieran merecido en un caso de conflicto convencional.

PALABRAS CLAVE: planificación sanitaria - cadena de evacuación - EMAT - tipos de bajas - prioridades

Med Mil (Esp) 1996;52 (2): 177-180

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se escribe con la intención de exponer brevemente dos aspectos de la Operación A/B¹ poco conocidos, incluso por muchos implicados directamente en la operación. Por un lado, se comenta la fase de planeamiento, el proceso de planificación sanitaria, examinando más bien los aspectos generales de los estudios de planificación y las razones que llevaron a la Dirección de Sanidad del Ejército de Tierra a la propuesta final. Por otro lado, y en una segunda parte del trabajo, se analizan las bajas sanitarias habidas durante los primeros quince meses de la misión.

2. EL PLANEAMIENTO

No es intención del autor presentar un estudio técnico, en profundidad, de todo el proceso de planeamiento que tuvo lugar; ni tampoco analizarlo desde un punto de vista doctrinal. Lo que se pretende es narrar el ambiente, los criterios y las opiniones, dispares a veces, que rodearon esta fase del planeamiento sanitario.

En el momento en que se recibió la alerta se inició, en la Dirección de Sanidad, el estudio de la misión y de la situación, con objeto de articular una asistencia sanitaria adecuada al contingente a apoyar. Se analizaron los diversos elementos que influyen en la propuesta sanitaria: misión, efectivos, terreno, riesgos locales, posible apoyo a población civil, apoyos a recibir, etc.

Había que articular toda una "cadena de evacuación", desde la antigua Yugoslavia hasta un hospital militar español.

Conviene recordar que la cadena de evacuación es todo el conjunto de medios: asistenciales, de evacuación, de medicina preventiva y de abastecimiento que permiten atender una baja desde el lugar que se produce hasta el hospital que ha de prestarle el tratamiento definitivo. No era posible que nuestros heridos fueran tratados "in situ", por la precariedad de los recursos sanitarios locales y porque los medios asistenciales de otras unidades UNPROFOR (United Nations Provide Comfort, misión de la ONU en Bosnia-Herzegovina) no eran utilizables, por distancia u otras razones. Por tanto teníamos que ser, en gran medida, autónomos. El llegar a conocer todos estos condicionantes no fue tarea fácil, y eran básicos para estudiar el despliegue sanitario. En esta tesitura se consideró que lo más apropiado era disponer de autonomía, aunque una vez en zona pudieran establecerse apoyos locales de la zona o de UNPROFOR, que mejoraran la asistencia.

La "cadena de evacuación" a articular se estructura en "escalones"; así el Primer Escalón estaría constituido por los elementos sanitarios orgánicos de las Agrupaciones que se han relevado en Bosnia, con los refuerzos que se consideraron precisos. En este punto había acuerdo total desde el principio, por parte de todos los oficiales de la DISAN, que participaron en el estudio de planificación. El procedimiento de trabajo en estos casos suele consistir en: exposición de la situación, criterios del General Director de Sanidad, comentarios y propuestas de los asesores y, finalmente, decisión del General Director.

Cuando llegó el momento de definir los apoyos de Segundo y Tercer Escalón, es decir, para la estabilización y el tratamiento inicial de las bajas, la solución no era tan clara. Había diversos criterios, desde los que consideraban que con el Primer Escalón sanitario orgánico de la Agrupación, era suficiente (lo que era opinión de algunos de los médicos militares más antiguos, recordando sus tiempos de médicos de batallón en el Sáhara y en Ifni), hasta los que creían necesario articular un Hospital de Campaña reducido, pero con capacidad médica y quirúrgica. Se analizaron las ventajas e inconvenientes de estas extremas posibilidades y de otras intermedias. Se estudió la

* TCol. San. Med. Profesor de Logística Sanitaria de la EMISAN
Dirección de Sanidad del Ejército de Tierra

Dirección para la correspondencia: Dr. Luis M. Villalonga Martínez.
Dirección de Sanidad del ET. Cuartel General del Ejército de Tierra.
c/ Prim, 6. 28071 Madrid.

Fecha de recepción del manuscrito: 20 de febrero de 1996; en forma revisada:
18 de abril de 1996

Fecha de aceptación del manuscrito: 23 de abril de 1996

¹ Despliegue español en la antigua Yugoslavia.

posibilidad de agregar determinados medios sanitarios al Primer Escalón, aumentando cualitativa y cuantitativamente su capacidad para desde ahí efectuar ya la evacuación larga, hasta algún hospital de la zona; se hablaba inicialmente de la posibilidad de apoyarse en algún hospital de Mostar (que luego se vio que estaba muy escasa de medios sanitarios), luego de Split, de hospitales de campaña de otras misiones UNPROFOR, de Italia... Estos sistemas, aunque podrían haber funcionado, se consideraron poco fiables.

Uno de los principios que se tomaron en consideración era el de enviar con nuestros soldados los medios disponibles suficientes para que, ante heridas o enfermedades, pudieran recibir una asistencia igual a la que tendrían en territorio nacional. En este sentido se les proporcionó el mejor apoyo posible, de que se dispone para la asistencia inicial a heridos, que son los **Equipos Médicos Avanzados (EMAT,s.)**, con capacidad de estabilización de bajas críticas y quirúrgica de primera instancia, lo que se denomina en logística sanitaria una **"puesta a punto en estado de evacuación"**, para una evacuación larga, hasta territorio nacional.

Cabe hacer en este momento un inciso para, creo que en nombre de todos los miembros del Ejército, agradecer al TCol. Méd. D. Carlos Alvarez Leiva, del Hospital Militar "Vigil de Quiñones" de Sevilla, la iniciativa y el patrocinio de crear el primer equipo, el EMAT. SUR, hará ya más de diez años. Me cabe el honor de haber colaborado en la tarea. Tanto el citado TCol., como sus sucesores, jefes del EMAT. NORTE - Cte. Méd. D. Francisco de la Torre Orea- y del EMAT. CENTRO - Cte. Méd. D. Manuel Guiote Linares- han acumulado una buena experiencia en su paso por Bosnia. Con esta mención se pretende hacer un modesto homenaje a su labor y a la de su equipo sanitario.

Finalmente se adoptó la decisión de activar un elemento de Sanidad asistencial, tipo mixto, 2º-3º Escalón limitado, en base al EMAT., al que se reforzó en estabilización de bajas críticas y se dio capacidad quirúrgica (intervención inicial de bajas críticas). Este equipo apoyaría al 1º Escalón, reforzándose los medios de evacuación con BMR. Ambulancias. El abastecimiento de productos sanitarios se realizaba desde la península, por medio del vuelo-estafeta semanal. Posteriormente se agregaría un Oficial Farmacéutico para control de abastecimientos Clase VIII (recursos sanitarios) y para análisis de aguas y un Oficial Veterinario para inspección de alimentos y apoyo en medicina preventiva.

La decisión final hubo de ser explicada en diversas ocasiones, ante las dudas de algunos que estimaban exagerado el despliegue sanitario. Las bajas críticas asistidas, y la labor desarrollada por los sanitarios en Bosnia, han justificado sobradamente el despliegue adoptado.

Otros aspectos curiosos o de interés fueron los relativos a las medidas de medicina preventiva. No se disponía inicialmente de información fiable de la zona, endemiología, alimentación, climatología, flora y fauna de interés sanitario... Se fueron aclarando las cosas, naturalmente con antelación a la partida de la primera Agrupación, se estudiaron las vacunas y las inmunizaciones en general.

En cuanto a las vacunaciones, es de resaltar que el personal mejor inmunizado era la tropa, por haber sido vacunados recientemente. Hubo que hacer encajes de bolillos —valga la comparación— para integrar los calendarios vacunales, con las fechas de partida y, naturalmente, con los tiempos que hay que

mantener entre dosis vacunales. No era tarea fácil, había distintas situaciones inmunológicas, no todos precisaban todas las dosis, había que tener en cuenta las fechas de concentración, de traslados, abastecer de vacunas, incidencias, etc.

Todas estas normas, estructuradas, escritas, alertados los posibles afectados... se elevaron para aprobación y una vez autorizadas se pusieron en marcha; cada elemento la parte correspondiente. La Sección de Sanidad del MALOG. A/B (Mando de Apoyo Logístico, constituido en Madrid, en base al MALZIR CENTRO, para apoyo logístico a la Operación A/B) representó —y representa— un importante papel, sobre todo en los primeros momentos.

Otra vicisitud añadida, que inicialmente presentó alguna dificultad, y ahora tras varios años de misión y repetida rotación de personal, presenta también algunas dificultades, es la dotación de personal, pues en ocasiones no hay voluntarios suficientes con el perfil preciso.

3. ANÁLISIS DE LAS BAJAS ESPAÑOLAS EN BOSNIA-HERZEGOBINA

El otro aspecto que nos proponíamos comentar en el presente artículo, era el estudio de las bajas sanitarias. La Tabla 1, aporta datos de número, tipo de baja, momento de producción, así como la media de los días de hospitalización (estancia media) causados en el Hospital Militar Central "Gómez Ulla". Aprovechamos estas líneas para destacar el elevado nivel asistencial y de dedicación de este hospital, que ha permitido, con sus elementos destacados en Bosnia, y con sus medios aquí, recuperar bajas en difícil situación y evitar secuelas en otras.

Igualmente es de destacar la abnegada e importante labor que han prestado los medios de evacuación de la Sanidad del Ejército del Aire, que han trasladado nuestras bajas en las mejores condiciones posibles y con la asistencia necesaria durante el vuelo

3.1. ANÁLISIS NUMÉRICO DE LAS BAJAS

3.1.1. INGRESADOS EN HOSPITAL

Durante el período estudiado hubo un total de 65 ingresados, con la siguiente distribución:

— 42 heridos, que causaron una estancia media de 31 días.

— 16 enfermos, causaron una estancia media de 25 días.

Sólo hubo un caso leve de gastroenteritis, y ningún caso de enfermedad transmisible, lo que habla en favor de las medidas preventivas instauradas, incluyendo la inspección de agua y alimentos.

— 7 bajas psiquiátricas (etilismo, trastornos de la personalidad y depresivos), causaron una estancia media de 17 días.

3.1.2. BAJAS AMBULATORIAS

— 15 heridos.

— 3 enfermos.

— 1 baja psiquiátrica.

Sanidad Militar en Bosnia-Herzegovina

Tabla 1. Bajas sanitarias de la operación alfa-bravo, evacuadas vía aérea desde Bosnia-Herzegovina al Hospital Militar Central "Gómez Ulla", de 1 de noviembre de 1992 a 31 de enero de 1994. Distribución mensual

Mes	Total ingresos	H = Herido E = Enfermo P = Psiquiatría	Media estancias (días)	Total ambulantes	H = Herido E = Enfermo P = Psiquiatría
Noviembre 1992	—	—	—	—	—
Diciembre 1992	10	7 H 3 E	32 23	—	—
Enero 1993	4	2 H 1 H ⁴ 1 P	30 310	—	—
Febrero 1993	—	—	—	—	—
Marzo 1993	1	1 E	11	—	—
Abril 1993	3	1 H 2 P	4 14	—	—
Mayo 1993	10	8 H 1 H ⁵ 1 P	44 36	—	—
Junio 1993	—	—	—	—	—
Julio 1993	8	7 H 1 P	37 32	—	—
Agosto 1993	2	1 H 1 E	31 25	3	2 H 1 E
Septiembre 1993	—	—	—	7	5 H 1 E 1 P
Octubre 1993	13	7 H 6 E	25 32	3	3 H
Noviembre 1993	4	2 H 2 E	24 14	2	2 H
Diciembre 1993	4	3 H	39	1	1 H
Enero 1994	6	3 H 2 E 1 P	7 28 1	3	2 H 1 E
TOTALES 15 MESES	65	42 H 16 E 7 P	H = 31 E = 25 P = 17	19	15 H 3 E 1 P

3.1.3. PORCENTAJES DE BAJAS EVACUADAS

Comprende un período de 15 meses (455 días), con un contingente medio de 1.200 hombres.

— Heridos: 42 + 15 = 57

Supone un 4,75%, (total de tiempo y hombres).

Representa, aproximadamente, un 0,01% diario.

— Enfermos: 16 + 3 = 19

Supone un 1,6% (total de tiempo y hombres).

Representa, aproximadamente, un 0,003% diario.

— Psiquiátricos: 7 + 1 = 8

Supone un 0,67% (total de tiempo y hombres).

Representa, aproximadamente, un 0,0012% diario.

3.2. ANÁLISIS TOPOGRÁFICO DE LAS HERIDAS

Cráneo² y cara 7

Cuello 2

Tórax³ —

Columna vertebral 2
Abdomen 2
Miembro superior 19
Miembro inferior 17
Metralla (general) 10
Politraumatizado 5
Gran quemado 1

3.3. ANÁLISIS PRONÓSTICO.

	Fallecidos	Muy graves	Graves	Menos graves	Leves	Total
Heridos	1	2	12	40	10	65
Enfermos	—	1	1	13	1	16
Psiquiátricos	—	—	—	2	6	8

Esta clasificación, que es de uso habitual clínico-pronóstico y pericial, está basada fundamentalmente en el número de días

² Se utiliza casco.

³ Se utiliza chaleco de protección.

⁴ Gran quemado, se considera aparte.

⁵ Fallecido el día del ingreso.

de hospitalización requeridos, y no en la urgencia de una indicación terapéutica, que es en lo que se basa la clasificación logístico-operativa en prioridades o "urgencias".

3.5. ESTIMACIÓN RETROSPECTIVA DE PRIORIDADES

Desde un punto de vista logístico operativo se considera que tiene interés hacer una estimación teórica retrospectiva de la asignación de prioridades (antes denominadas urgencias) que hubieran merecido las bajas analizadas en el momento de producirse.

Prioridad	N.º de bajas	Porcentaje	% NOPSACON. ⁶
1	3	5%	5%
2	7	11%	25%
3	6	9%	30%
4	49	75%	40%

REFERENCIAS

1. Alvarez Leiva C.; García Díaz F., Romero Prieto J.: La Sanidad Militar en la Operación Alfa-Bravo. Ejército, julio 1993.
2. García Carrasco, J.A.: Equipos Quirúrgicos en la Operación Alfa-Bravo. Ejército, abril 1994.
3. Guiote Linares, M.: El Equipo Médico Avanzado del ET. Ejército, noviembre 1994.
4. Morales Pérez, F.: Apoyo Sanitario en la Operación Alfa-Bravo. Ejército, noviembre 1994.
5. Villalonga Martínez L.: Apoyo sanitario a fuerzas multinacionales" Ejército, junio 1993.
6. Villalonga Martínez L.; Alvarez Leiva, C.: Escalón Médico Avanzado. Ejército, enero 1989.
7. Villalonga Martínez L.; García Blanco C.: Hospital Modular Ligero. Nuevo concepto de hospital quirúrgico. Ejército, abril 1992.

TRIVIALIDADES FORMALES

SITÚE LOS NÚMEROS DE REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA CONTEXTUAL AL FINAL, NO AL COMIENZO DE LA MENCIÓN

Ejemplos:

Citas situadas correctamente

- 1a. "Desde 1985 se ha recomendado que los donantes de sangre, órganos, tejidos y semen sean evaluados rutinariamente para detectar la presencia de anticuerpos al VIH (14, 15)."
- 2b. "D. Santiago Ramón y Cajal negó —por primera vez— la bondad de la 'teoría reticular', ampliamente mantenida por los histólogos más importantes de su época (3)."

Citas situadas incorrectamente

- 1b. "Desde 1985 (14, 15) se ha recomendado que los donantes de sangre, órganos, tejidos y semen sean evaluados rutinariamente para detectar la presencia de anticuerpos al VIH."
- 2b. "D. Santiago Ramón y Cajal (3) negó —por primera vez— la bondad de la 'teoría reticular', ampliamente mantenida por los histólogos más importantes de su época."

Evitará al lector una interrupción innecesaria y le permitirá decidir si le interesa o no acudir a la lista de referencias bibliográficas del final.

⁶ Porcentajes que asignan las Normas Operativas Sanitarias Conjuntas (EMAD.,1993), a la distribución en tantos por ciento de las bajas sanitarias de combate.