

INTRODUCCIÓN

Adolfo J. Maillie

Considero útil, antes de efectuar el relato objetivo de lo actuado por la Sanidad Naval durante el Conflicto del Atlántico Sur, realizar algunas reflexiones a los fines de definir con la mayor claridad posible la misión de los Servicios de Salud en tiempo de guerra.

Entendemos por Sanidad Militar, obviando referencias históricas, a un organismo destinado a servir a todas las necesidades que una determinada Fuerza Armada requiere en el aspecto médico. De esta definición muy sucinta debe inferirse que su principal misión es mantener en el mejor nivel de salud al personal integrante de la misma y proceder a su recuperación en caso de alteración de ese nivel óptimo que debe alcanzar. Su tarea abarca importantes acciones de medicina preventiva y todos los campos de la medicina asistencial.

Todos sabemos que la razón de existir de una fuerza armada es la guerra, téngase ésta como posibilidad remota o cierta y perentoria, ésa es la razón de su presencia y ella debe orientar su existencia. La Sanidad Militar, aparte de actuar como una estructura profesional que debe mantener en óptimo estado de salud el recurso humano militar a fin de asegurar su eficiencia en el combate, debe pensar siempre que ese recurso humano que integra una fuerza militar va a enfrentarse en cualquier momento a condiciones de violencia extrema, no sólo por la agresión múltiple que puede desencadenar el enemigo, sino también por la variada y severa exposición a los elementos naturales, ya que en el transcurso de un conflicto ese personal se ve obligado a actuar en condiciones climáticas adversas, muchas veces sin los medios de protección adecuados, o en la situación tremenda que representa un naufragio, al que debe agregarle la acción previa de los medios del enemigo que ha logrado producirlo.

A través de todo lo expresado surge, claramente, que la Sanidad Militar debe tener una adaptación lo más perfecta posible con la Fuerza a la que sirve, debe conocer perfectamente los medios que utiliza, el hábitat del personal y el tipo y calidad de la agresión a la que será expuesto, y en qué número.

Es también imprescindible saber los desplazamientos y acciones que realizará una fuerza de tareas, pues la Sanidad debe acompañarla en su movilidad como la sombra al cuerpo y estar en todos los lugares en que la fuerza actúe con sus hombres y su material, para presarle un apoyo inmediato y eficiente allí donde se producen las bajas.

Todo esto implica que la Sanidad Militar a través de los oficiales superiores médicos que

El Capitán de Navío Médico (R) Adolfo Julio Maillie nació en la Capital Federal el 11 de abril de 1924. Egresó como médico de la Facultad de Medicina el 2 de septiembre de 1952. Ingresó a la Armada como Teniente de Fragata Médico en mayo de 1954, desempeñándose como médico de la Escuela de Marinería Isla Martín García, y a partir de 1955 y hasta 1958 médico del Hospital Naval Ushuaia. De 1949 a 1953 se desempeñó como auxiliar docente y posteriormente como auxiliar docente diplomado en la cátedra de Microbiología de la Facultad de Medicina de la UBA. A partir de 1958, médico asistente del Servicio de Neumofisiología del HNRS. Desde entonces, prestó servicios sucesivamente como jefe de Servicio de Fisiología en HNRS, jefe de Servicio de Fisiología a Infección HWPB. Jefe del dispensario de Vías Respiratorias HNBA, jefe de Epidermología DISA, jefe de Sanidad de la Fuerza Naval del Plata. Jefe de Sanidad en la fragata ARA Libertad. Jefe del Departamento Médico y Subdirector del HNPB.

En 1971 con pase en DISA actuó como coordinador de la Comisión de Diseño Arquitectónico y Equipamiento del HNBA y en 1974 y 1975 un cargo similar en la Remodelación y Equipamiento del HNPB. En 1976 pasó a desempeñarse en el Ministerio de Bienestar Social. Secretaría de Estado de Salud Pública como subsecretario de Medicina Sanitaria hasta principios de 1981, año en el que pasa a desempeñarse, siendo ya Capitán de Navío, en la Jefatura del Departamento Hospitales en DISA. Ascenso a C.W. en 1977. En 1982 y 1983 se desempeñó como director del HNPB y oficial de Sanidad del Estado Mayor de CON. En diciembre de 1983 pasó a retiro. Cursos efectuados: 1958 a 1960, Curso Superior Universitario de Médico Fisiólogo; 1971 a 1973, Curso Superior Universitario de Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas. Trabajos científicos: Conferencias de Salud Pública; Compilación de conferencias privadas sobre diversos temas durante la gestión 1976-1981; Políticas sanitarias en la Argentina 1976-1980.



la conducción debe tener acceso a los planes operacionales para poder organizar a su vez, tal como está claramente reglamentado a través de los planes contribuyentes, sus necesidades de personal y materiales, así como el desplazamiento de los mismos y paralelamente coordinar la evacuación del personal herido o enfermo, así como la implementación de los distintos escalones de asistencia médico-quirúrgica y la complejidad gradual de los mismos. No debe olvidarse nunca que el principal elemento que debe enfrentarse es lo inesperado, y en la guerra, sobre todo en los primeros días de su desarrollo, todo lo es, porque nadie sabe los efectos que ha de producir el fuego enemigo hasta no haberlo recibido. Si a este hecho, siempre nuevo y no totalmente apreciado en forma previa, se agrega la imprevisión, el efecto es invariablemente desastroso, en lo que hace a la eficiencia de los servicios de sanidad, perdiéndose así muchas vidas que en otras condiciones hubieran sido salvadas.

Prácticamente todas las fuerzas armadas del mundo han pagado alto tributo en esa primera etapa de contacto con el enemigo, donde los efectos de los medios, casi invariablemente, han superado las previsiones de los servicios de sanidad propios, aun en países poderosos y con fuerzas armadas muy organizadas. En un período variable, según la capacidad de los servicios de sanidad, la situación mejora porque ya se tiene en claro "qué tipo de guerra es", ya que cada conflicto tiene un determinado tipo predominante de patología, que depende del armamento utilizado por los contendientes, de las características y frecuencia de las operaciones realizadas y en gran parte de la geografía, del teatro de operaciones, que en el caso que nos ocupa tuvo una enorme importancia en la producción de ciertas afecciones predominantes. Por último, cabe mencionar la gravitación del sistema logístico, en todos sus aspectos, en apoyo de las fuerzas en operaciones.

Es obvio reiterar hasta qué punto esta situación puede agravarse si los servicios de sanidad, por carencia de información, no pueden ubicar el personal y sus medios asistenciales adecuados en las zonas de probable combate.

La Sanidad Militar, que en tiempo de paz brinda sus prestaciones a todo el personal perteneciente a su fuerza, debiendo desarrollar una complejidad acorde a la demanda de la población a la que debe dar cobertura, no debe olvidar nunca al planificar e implementar su capacidad que su principal función es actuar en la guerra, de modo que, paralelamente a la actividad médica, debe desarrollar la formación de su personal y sus medios para poder actuar eficazmente en las extremas condiciones que exige la misma.

Al finalizar las actividades de la Sanidad Naval durante el Conflicto del Atlántico Sur, no podemos dejar de hacer referencia a las características de esta guerra, la que por su desarrollo podemos dividir en varias etapas.

La primera etapa consistió en el desembarco inicial con ocupación militar de Puerto Argentino. En este caso, a pesar del número considerable de hombres que intervinieron, sólo hubo que lamentar un muerto y dos heridos graves en combate. La Sanidad desembarcó en la primera ola con un médico cirujano perteneciente a la Fuerza de Apoyo Anfibio y con varios enfermeros, de los cuales uno fue gravemente herido durante las operaciones.

El Oficial de Sanidad desembarcado pudo actuar de inmediato, trasladó los heridos al hospital local, auxiliado por otro cirujano y un suboficial entrenado en anestesiología. Los heridos, una vez practicada la primera intervención, fueron evacuados en helicópteros a uno de los buques transporte que habían actuado en la acción.

En esta ocasión no existía un dispositivo logístico voluminoso de Sanidad en Combate. Se había reforzado la dotación de personal médico especializado en Cirugía General y Traumatología, así como algunos enfermeros calificados, capacitados en anestesiología y hemoterapia, también se había reforzado la dotación de material quirúrgico, plasma y medicamentos. Este personal iba distribuido en los buques de transporte y una de las uni-

dades estaba asignada para recibir como 2º escalón los heridos que se produjeran, pero no estaba habilitado como buque-hospital, sino que poseía una enfermería y quirófano particularmente aptos para asistir un número reducido de heridos.

Esta política estaba parcialmente justificada porque había un conocimiento previo de la existencia de una reducida fuerza defensora, y la resistencia fue relativamente breve ya que la enorme disparidad de fuerzas en número y medios obligó al enemigo a optar por la rendición sin prolongar inútilmente el combate. Dado el secreto que rodeó este operativo a fin de explotar el factor sorpresa, el dispositivo de Sanidad se preparó a nivel de los médicos pertenecientes a la fuerza de operaciones, los que en una breve escala en Puerto Belgrano gestionaron y obtuvieron del Pañol de Sanidad en Combate del Hospital de esta Base un refuerzo de material y medicamentos cuya cantidad y calidad se estableció en base a la información que poseían.

Analizando estos acontecimientos a la luz de la experiencia que después vivimos, creo que conviene que el sistema de Sanidad en Combate sea planificado e implementado a un más alto nivel porque, por más que se suponga que la resistencia del enemigo será muy débil o nula, siempre hay factores imprevistos que pueden alterar todas las suposiciones, por más fundadas que ellas sean.

Por ejemplo, si la pequeña fuerza oponente hubiera decidido resistir en forma muy obstinada y usando todos los medios que disponían con la colaboración de un número mayor de voluntarios civiles, posiblemente el número de bajas de nuestras fuerzas hubiera sido importante, sobrepasando en mucho las posibilidades del dispositivo de Sanidad en Combate montado. Es útil señalar que de los dos heridos graves producidos, uno fue intervenido exitosamente en el hospital local donde se contó con material quirúrgico, sangre e incluso con la colaboración del personal médico británico; el segundo herido, con una primera intervención quirúrgica, fue evacuado de urgencia al buque asignado y desde allí, tras unas horas de internación, fue trasladado al continente porque el tipo de lesión y la complejidad de la intervención quirúrgica requerida superaban las posibilidades que existían a bordo. Si ahora se planteara la necesidad de apoyo logístico de una operación anfibia exactamente igual, decidiría, sin dudas, la necesidad de implementar un buque-hospital con el personal y el equipamiento del nivel con el cual montamos posteriormente los buques-hospital que actuaron durante todo el conflicto.

En Grytviken una fuerza oponente mucho menor de la que había en Malvinas nos ocasionó mayor número de bajas de las que se sufrieron en esa operación y el dispositivo de Sanidad en Combate era menor que el que se destacó en la primera oportunidad.

Tanto en Malvinas como en Grytviken, la presencia de ánimo y la buena formación profesional de los médicos embarcados permitieron superar la situación y los heridos recibieron buena atención y salvaron sus vidas, si bien es preciso recordar que en el caso de Grytviken el personal de Sanidad tuvo que enfrentar graves problemas de medios, lo que fue agravado por el lapso prolongado que transcurrió entre el combate y el traslado definitivo de ese personal a un hospital en el continente.

De todo lo aquí expresado debe extraerse como conclusión que cualquier tipo de Fuerza de Tareas que deba entrar en combate, ya se trate de acciones navales, aeronavales o anfibas, debe ser acompañada por un buque-hospital, donde exista el personal y los medios más que suficientes para asistir a todos los tipos de heridos y traumatismos que puedan presentarse y tener los medios necesarios para una evacuación apropiada.

Creo que a algunos les podrá parecer un exceso de despliegue de medios enviar un buque-hospital en una operación que lleva una fuerza efectiva de combate de dos unidades navales y una compañía de desembarco o menos, porque el objetivo es pequeño y la fuerza de oposición escasa. Es evidente que aquí no se trata de la capacidad instalada de camas, numéricamente hablando, sino de la disponibilidad de áreas quirúrgicas, laboratorio, radio-

logía y sobre todo un conjunto de profesionales que abarquen todas las especialidades que están involucradas para la atención de los traumatismos de guerra.

A medida que la situación de guerra se fue prolongando, continuamos el equipamiento y acopio de medios, así como desarrollamos en el hospital todas las capacidades posibles ante la inminencia de acciones de guerra que comprometieran a la Sanidad Naval a asistir un número importante de bajas. Esta etapa se caracteriza por varios hechos importantes, en primer lugar el despliegue del personal y medios de Sanidad en la Flota de Mar y en el Teatro de Operaciones, el equipamiento y dotación de personal para habilitar dos buques-hospital y el hundimiento del crucero ARA *General Belgrano*.

En lo referente al despliegue, debo señalar que el peso total de los requerimientos de los primeros momentos en personal y equipos fue absorbido por el Hospital Naval Puerto Belgrano, es de tener en cuenta que por las características especiales que tuvo esta contienda, la atención de los requerimientos de personal y materiales que comenzaron a surgir de las Unidades Navales y de Infantería de Marina, que tenían que desplegarse en el Teatro de Operaciones, fueron, como ya se ha señalado, satisfechos por este hospital, debido principalmente a su perentoriedad. En los primeros días, de acuerdo con las demandas que se recibían, 41 oficiales, entre médicos, odontólogos y bioquímicos, 20 suboficiales enfermeros y 38 cabos enfermeros así como 32 aspirantes enfermeros pertenecientes a la ESSA (Escuela de Sanidad Naval) fueron destacados al Teatro de Operaciones. La Dirección de Sanidad Naval a requerimiento de este hospital destacó a este destino 27 oficiales, 5 suboficiales y 3 cabos primeros. Con todo este personal se completó o reforzó la dotación de médicos y enfermeros de toda la Flota de Mar y se cubrieron las necesidades de personal profesional y enfermería de los dos buques-hospital, 39 oficiales y 60 enfermeros formaron parte del personal de Sanidad Naval destacado en las Islas Malvinas y en las Unidades de IM desplegadas en el Sur.

En un primer momento se decidió que 23 enfermeras navales y 4 Instrumentadoras civiles integraran la dotación del buque hospital ARA *Bahía Paraíso*; posteriormente por orden superior se determinó que no embarcaran, pero debe destacarse la eficiencia demostrada por ese personal en el alistamiento del área hospitalaria de ese buque, así como posteriormente cuando este hospital comenzó a trabajar como centro de evacuación.

La División de Sanidad en Combate de este hospital cubrió todas las necesidades de materiales, medicamentos, sangre y plasma que fueron requeridos. Equipándose así los dos buques-hospital ARA *Bahía Paraíso* y ARA *Almirante Irizar*, cuatro hospitales de campaña de mediana complejidad, 38 unidades de combate, de las cuales 4 fueron equipadas para unidades sanitarias de mediana complejidad y una de alta complejidad.

Con respecto a lo expresado, es conveniente señalar en lo referente al personal profesional y de enfermería, que durante todo el conflicto no se procedió a decretar movilizaciones parciales o totales, de modo que al no haber incorporación de profesionales pertenecientes a la reserva, todo el esfuerzo recayó sobre el personal militar en actividad, que no sólo tuvo que cumplir con el despliegue descrito, sino cubrir los hospitales navales, manteniendo, con algunas restricciones, la atención del personal civil dependiente de la Dirección de Bienestar de la Armada.

Con respecto a los materiales sanitarios de todo tipo que se requirieron en cantidades importantes para sostener toda la apoyatura de Sanidad, es menester señalar que fue posible gracias a los acopios que se habían efectuado durante los eventos de 1978 y que su manejo logístico permitió su distribución precisa e inmediata.

Esta eficiencia se debió al excelente sistema de clasificación, embalaje y distribución que fue planificado y ejecutado en esos años y actualizado permanentemente; por estas razones, el conflicto nos sorprendió con las capacidades enunciadas, lo que fue, sin

duda, un factor de capital importancia en el desarrollo de la misión que hubo que desempeñar durante la guerra.

En el capítulo dedicado a la logística los temas mencionados serán vistos con mayor detalle.

El torpedeamiento y ulterior naufragio del crucero ARA *General Belgrano* marca, sin duda, un punto de tremenda gravedad en el curso de los acontecimientos; es en esta oportunidad en la que se inicia otra etapa de actividades para la Sanidad Naval.

El buque hospital ARA *Bahía Paraíso* colaboró con otras unidades de la Armada en el salvamento de náufragos en el lugar del desastre y posteriormente en el traslado de gran número de los tripulantes del buque hundido a los centros de evacuación.

El Hospital Naval recibió en total a los 770 náufragos del ARA *General Belgrano* que llegaron en tres contingentes sucesivos; en el mismo día de su llegada, este personal fue examinado en su totalidad, a fin de descartar cualquier patología que hubiese podido pasar desapercibida en el primer momento, completándose este examen con estudios psiquiátricos o de otro tipo, según demanda.

Dentro del conjunto de evacuados a consecuencia de cada acción de guerra, el Hospital Naval Puerto Belgrano recibió un contingente de 24 quemados, 5 de ellos en estado muy grave. Hemos hecho referencia que desde el día 2 de abril este hospital comenzó su alistamiento, decidiéndose en ese momento habilitar un servicio de urgencia para grandes quemados.

Esta capacidad no la poseía este hospital hasta ese momento, pero se consideró que por contar con profesionales con capacitación en el tema y un área adecuada, sobre cuya descripción no me extenderé porque será tratada en otro capítulo de esta publicación, debía forzosamente tener esta capacidad, lo que se implementó preparando los medios y el personal para esta tarea.

Debo reconocer que hubo que vencer cierta resistencia de orden doctrinario dentro de sectores de la Sanidad Naval. Creo que esto es debido a que sobre el problema del quemado se ha manejado el tema con un fuerte componente de preconcepciones muy subjetivos, inspirados en una sobrevaluación de las dificultades que presenta el tratamiento de estos pacientes.

No he de negar la complejidad que presenta este tipo de servicio, pero en última instancia, no presenta su funcionamiento mayores o menores dificultades que las de un servicio de Cirugía General o de Terapia Intensiva.

Considero que en tiempo de paz la derivación de estos pacientes a unos pocos centros especializados es una actitud razonable, dado el alto costo y la conocida complejidad que presenta el gran quemado en su tratamiento en el momento agudo, así como la cirugía plástica y reparadora que debe ejecutarse en ese momento o más tarde. En caso de guerra, teniendo profesionales capacitados y personal de enfermería con experiencia en servicios de cirugía y traumatología, además de un área física totalmente apta en todos los aspectos, es perentorio habilitar este servicio, resolución que tomamos porque estábamos convencidos de que existían posibilidades ciertas de tener que recibir este tipo de pacientes. Nos impulsó también el conocimiento de la capacidad limitada de internación del centro especializado más próximo, en el caso de una afluencia muy importante de quemados graves desde el teatro de operaciones.

De tal modo que, gracias a las previsiones adoptadas y al entrenamiento a que fue sometido el personal de enfermería, pudimos asistir a los quemados que se enviaron, evolucionando todos favorablemente, que es la mejor prueba de la aptitud de la decisión asumida.

Dada la frecuencia y gravedad de las lesiones por quemaduras en la guerra moderna, y

también en épocas de paz, por el desarrollo de industrias y actividades potencialmente peligrosas, considero necesario el desarrollo de servicios especializados para atención de grandes quemados en los hospitales militares y también en los hospitales civiles de cierta complejidad. No se puede ignorar el esfuerzo tecnológico, sobre todo en lo que hace a la formación de personal profesional y técnico especializado en esta rama médica, como tampoco los altos costos que implican la atención integral de estos pacientes, pero no cabe duda que si se mantiene la política de centralizar la atención de quemados en unos pocos establecimientos especializados, puede ocurrir que ante una situación de guerra prolongada o una catástrofe de grandes proporciones, el número de pacientes supere ampliamente la capacidad instalada. Esto llevará a que las primeras víctimas reciban una atención de muy buena calidad, pero en cuanto la capacidad de estos centros esté colmada, los grandes quemados que por las razones expuestas no puedan acceder a institutos especializados, tendrán que ser atendidos obligatoriamente en hospitales generales que tendrán que improvisar de alguna manera estos servicios, con las consecuencias previsibles. De modo que el desarrollo de servicios, aun en pequeña escala, a fin de crear el recurso humano y los medios materiales básicos para este tipo de asistencia es necesario, a fin de poder emprender un eventual crecimiento imprevisible de la demanda producida por situaciones de las cuales ningún país está exento.

El haber previsto estas circunstancias y haber dispuesto los materiales necesarios, el entrenamiento adecuado del personal y el asesoramiento previo de destacados especialistas del Instituto Municipal del Quemado nos permitió brindar a las víctimas del ARA *General Belgrano* una atención cuya calidad y resultados están claramente expresados por los hechos.

El día 7 de junio este hospital comienza ya a actuar plenamente como centro de evacuación al recibir 73 heridos de la Fuerza Ejército evacuados desde hospitales de Comodoro Rivadavia algunos y otros directamente por los buques-hospital, desde el Teatro de Operaciones trasladados por vía aérea, desde su desembarco en Punta Quilla, por aviones-ambulancia de la Fuerza Aérea y de la Aviación Naval directamente a este hospital. El día 14 de junio otro contingente de 130 heridos y enfermos de la misma procedencia, también enviados por vía aérea, ingresan al lugar.

El sistema que se implementó para la rápida reclasificación de estos pacientes y su pronta hospitalización está descrito con detalle en otro capítulo, sólo se ha de mencionar el hecho de que un total de 42 médicos de diversas especialidades y 150 enfermeros civiles y militares se dedicaron desde el primer momento de su arribo a la atención de este personal. Posteriormente a las acciones que precedieron a la caída de Puerto Argentino se reciben por la misma vía de evacuación un contingente de heridos y enfermos de 77 Infantes de Marina.

Durante un período que se extendió desde el 7 de junio hasta algo más allá del fin de agosto se efectuaron en este hospital 52 intervenciones quirúrgicas en Cirugía General y 75 intervenciones de Cirugía Traumatológica, 811 curaciones, 560 estudios radiológicos, 62 transfusiones de sangre y plasma y se realizaron 300 horas de cámara hiperbárica para el tratamiento de "pie de trinchera". Toda esta actividad, en sus aspectos médicos y estadísticos, será tratado más adelante, por lo que sólo me limitaré a señalar en este sentido, la feliz circunstancia de poseer una cámara hiperbárica dentro del ámbito de la Base Naval sumada a otra más pequeña portátil que se nos envió, y contar con la presencia de 3 médicos navales capacitados en Medicina Subácea y por lo tanto con experiencia en el manejo de las cámaras, lo que nos permitió tratar con esta terapia los casos de "pie de trinchera" que recibimos y que sin duda fue una de las patologías dominantes de la Guerra Austral. Este capítulo será tratado "in extenso" más adelante ya que constituye una experiencia de extraordinario valor por la numerosa casuística presentada y por los excelentes resultados obtenidos. De todo el personal recibido, sólo tuvimos un deceso; por supuesto, no podemos pasar por alto el hecho de que todos presentaban una patología que, en el primer estadio, habían recibido la atención de urgencia que permitió la evacuación, pero el lector podrá apreciar a través de la descripción de los casos de los diferentes servicios, y por el hecho

de que hayan debido practicarse 127 intervenciones quirúrgicas muchas de ellas de alta complejidad, que existía un porcentaje sustancial de patología de gravedad mediata o potencial muy importante.

Los resultados generales obtenidos y el desempeño de la Sanidad Naval a raíz del conflicto son, en mi opinión, altamente satisfactorios. Fue indudablemente acertada la decisión del Comando del Teatro de Operaciones de derivar una considerable cantidad de heridos y enfermos a este hospital; en primer lugar, por tratarse del centro asistencial de mayor complejidad más próximo al Teatro de Operaciones y con el suficiente nivel técnico y la capacidad de camas habilitadas para internar un número importante de pacientes; en segundo lugar, las particulares condiciones del ámbito político interno en que se desarrollaba la contienda hacía conveniente que la atención del personal se hiciera dentro de un medio más controlable.

En este sentido, debo señalar que al conocerse en la zona el ingreso de heridos provenientes del TOAS, numerosas señoras y señoritas de las ciudades de Punta Alta y Bahía Blanca, en forma individual y también como integrantes de diversas organizaciones civiles de bien público, se ofrecieron inmediatamente para actuar como “voluntarias” a fin de colaborar en la asistencia de los internados. Pese a los insistentes pedidos al respecto, no accedí a esta demanda, en primer término porque esta tarea era cubierta en forma suficiente por el hospital tanto en el aspecto enfermería como de servicios. En segundo término porque me pareció poco conveniente la irrupción de personas sin formación técnica, si bien con nobles intenciones, pero además con una gran carga emocional, dado el momento especial que se vivía. En mi opinión, la intervención de estas personas hubiera producido una gran perturbación en el normal desenvolvimiento de las tareas del personal hospitalario. En los aspectos de asistencia social de los pacientes, argumento que fue invocado insistentemente, el problema fue resuelto con la participación voluntaria del personal administrativo femenino del hospital, el que concurrió fuera de sus horarios de trabajo siendo instruidas y conducidas por las visitadoras sociales del lugar, desempeñándose con gran eficiencia y sin interferir en ningún momento con las tareas profesionales. Se aceptaron, de todas las personas bien intencionadas que ofrecían sus servicios, donaciones en especies, previamente discriminadas de acuerdo con las reales necesidades. La distribución de estos elementos y su control estaba a cargo de un capellán militar y de las visitadoras sociales. Esto permitió que todos los internados fueran provistos de radios portátiles, libros, revistas, golosinas, cigarrillos, etc., además de ropas y efectos de higiene personal. El personal femenino administrativo del hospital se comportó, repito, con extraordinaria comprensión y capacidad, brindando apoyo psicológico y afecto a los pacientes, facilitando la comunicación postal o telefónica, y personal, según los casos, con los familiares de los internados.

Los familiares del personal internado que arribaron al hospital desde las regiones más lejanas del país se alojaron gratuitamente en hoteles de la zona ofrecidos generosamente por sus propietarios. El hospital habilitó un comedor donde los familiares, que por la gravedad del paciente u otras circunstancias, debían permanecer en el establecimiento por lapsos prolongados, podían comer gratuitamente. La respuesta positiva que dio la Sanidad Naval en todas sus estructuras ante los requerimientos que produjo el conflicto no fue un hecho sorprendente, tampoco fue producto de una improvisación afortunada, ni aun atribuible al fervor patriótico que, innegablemente, animó a todo el personal, tanto civil como militar, en todas sus jerarquías, sino que fue producto de una política que comenzó a implementarse en el año 1972, tendiente a corregir el déficit de ciertas especialidades críticas como traumatología, cirugía general y anestesiología, entre las más importantes, y paralelamente un incremento sustancial de la acción docente, a través de la educación continua y de la instauración de residencias médicas de nivel universitario y siguiendo las normas del CONAREME; de este modo la acción de la Escuela Quirúrgica de la Armada, las residencias en Traumatología iniciadas en el Hospital de Puerto Belgrano en el año 1974 y establecidas posteriormente en el Hospital Naval Buenos Aires, a las que podemos agregar las de Cirugía General y Anestesiología, de implementación más reciente, rindieron el resultado deseado

al poder contar la Institución, en el momento preciso, con un grupo importante de jóvenes profesionales militares perfectamente calificados que pudieron afrontar con amplia solvencia todas las responsabilidades médico-quirúrgicas que les impuso la situación.

Debo señalar muy particularmente el importante desempeño que les cupo a los odontólogos especializados en cirugía Dento-Máximo-Facial, ya que su presencia dentro de los equipos quirúrgicos fue de gran importancia para la solución del tratamiento adecuado de las heridas máximo-faciales que se presentaron.

La presencia de tres médicos especializados en cirugía plástica y reparadora nos permitió, como he señalado anteriormente, abordar con éxito el tratamiento de quemados. La actividad y capacidad del laboratorio fue de particular importancia tanto en el hospital como en las unidades transformadas en buques-hospital, e incluso en el área de operaciones, mencionaré solamente el importante volumen de análisis realizados y el buen funcionamiento de los bancos de sangre que permitió proveer más de 500 unidades de sangre total en el transcurso del conflicto.

Asimismo cabe destacar la eficiencia de los Servicios de Farmacia que adquirieron y clasificaron un importante volumen de medicamentos y material de curaciones con que fueron provistos en abundancia los buques hospitales y todas las unidades en operaciones.

El personal de Enfermería, tanto civil como militar, tuvo un excelente desempeño producto indudable de la formación obtenida a través de la ESSA y de los cursos de especialización posteriores. Es de destacar la actuación de los suboficiales y cabos enfermeros de la Armada en el Hospital Militar de Puerto Argentino, en las unidades que sufrieron la acción del enemigo y en los buques-hospital. Una mención muy especial merecen las enfermeras militares y las alumnas de la ESSA que constituyeron un factor de suma importancia, lográndose una excelente coordinación con el personal civil de enfermería, lo que permitió brindar un servicio de alto nivel tanto cuantitativa como cualitativamente.

Me he extendido particularmente sobre estos hechos, por otra parte ya bien conocidos, para señalar una vez más la importancia que tiene la permanente capacitación del recurso humano en este y otros campos, para poder enfrentar con eficiencia situaciones de extrema gravedad y sobre todo de aparición súbita, tal como sucedió en la realidad.

Comparándonos con la estructura y eficiencia de los Servicios de Sanidad del enemigo, con el cual nuestros médicos tuvieron abundantes contactos, podemos decir que estábamos en buena paridad de capacidad profesional y medios médicos-quirúrgico; la diferencia era sustancial en lo que se refiere al material aéreo disponible para la evacuación de bajas y también al excelente nivel de instrucción en primeros auxilios y equipo individual de curaciones de todo el personal combatiente.

De modo que este problema debe ser actualizado prioritariamente en la DISA y lograr una mayor coordinación en este aspecto con los jefes y oficiales de los escalafones de combate a fin de profundizar el adiestramiento de todo el personal de la Armada en este tema, basados en las premisas reales que han originado todo lo actuado por la Sanidad Naval durante la guerra y constituir una referencia bibliográfica que englobe toda la experiencia médica y logística de una situación real, para que sirva como referencia para la elaboración de políticas futuras a fin de mantener y aumentar en lo posible la eficiencia de los Servicios de Sanidad de la Armada.

Deseo mencionar también la valiosa colaboración de quienes me acompañaron eficazmente en la conducción de la unidad hospitalaria durante el conflicto, el subdirector CNME (R) Juan Carlos Montanaro y el Jefe del Departamento Cirugía CNME (R) Enrique Aguirre. ■