

CONCLUSIONES

Adolfo J. Maillie

De lo expuesto en diversos capítulos, pueden deducirse ciertas conclusiones de tipo conceptual, que podrán ser útiles a los efectos del dimensionamiento y calificación de la complejidad que debe tener la Sanidad Naval.

Es evidente que el criterio de funcionamiento de los servicios de Sanidad a bordo, según las características de la Primera y la Segunda Guerra Mundial, ha dejado de tener vigencia, de acuerdo a las experiencias vividas en el Atlántico Sur.

El funcionamiento de los centros asistenciales de determinada capacidad quirúrgica a bordo de grandes naves de superficie, cuya misión era asistir las bajas que se iban produciendo por la acción de la artillería enemiga o la actividad aérea, justificaba la presencia de varios médicos y enfermeros que, ubicados en hospitales de sangre en distintos lugares de la unidad, efectuaban la primera asistencia, contando con posibilidades de evacuar a los heridos graves a otras unidades y luego a un puerto próximo.

Este criterio estaba basado en que la posibilidad de naufragio rápido, aún dentro de todos los imponderables de la guerra, era remota. Las unidades de gran porte, con blindajes y estanqueidad, hacían posible una resistencia apreciable a la acción del enemigo.

A la luz de las tendencias actuales con respecto a la guerra naval, nos encontramos con unidades relativamente pequeñas, de alta velocidad y dotadas de sofisticados armamentos así como de complejos aparatos electrónicos de detección rápida del enemigo, que le permiten lanzar a gran distancia proyectiles de tremendo poder destructor. Podemos decir pues, que el esquema básico del combate actual es tocar sin ser tocado y posteriormente colocarse fuera de la respuesta.

Todos hemos podido apreciar que estas ventajas ofensivas van acompañadas por una gran vulnerabilidad, de modo que al ser alcanzado el buque por uno o más misiles aéreos o navales, más aún, por acción de torpedos, la pérdida de la nave se produce en un lapso de tiempo tan corto, que puede llegar a ser insuficiente para permitir el abandono por parte de la tripulación que ha resultado ilesa de las explosiones e incendios.

Esta experiencia fue muy clara en el hundimiento del crucero ARA *General Belgrano* y fue más evidente aún en el caso de las unidades enemigas alcanzadas por los Exocet o por bombas y cohetes de las aeronaves propias.

De acuerdo a lo expresado, podemos inferir que la presencia de Oficiales médicos y personal de enfermería en gran número, con un equipamiento médico-quirúrgico de relativa complejidad a bordo de las unidades de combate; aún de las de mayor porte, no se justifica, dado que la reciente experiencia demuestra que su oportunidad de actuar es mínima.

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 de la Universidad de Buenos Aires, 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 desde 1955 hasta 1958 en el Hospital Naval Ushuaia. De 1949 a 1953 fue auxiliar docente y posteriormente, 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. Fue también sucesivamente, Jefe de Servicio de Fisiología en HNRS, Jefe de Servicio de Fisiología e 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 pasa 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 la Jefatura del Departamento Hospitales en DISA siendo ya Capitán de Navío.

Sigue en la siguiente página.



Viene de la página anterior.

En 1982 y 1983, 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 Armada 1976-1980.

De modo que, tal como se ha señalado en el capítulo destinado a la supervivencia en el mar, habrá que actualizar e incrementar al máximo el equipamiento y la instrucción del personal para un rápido abandono, con las mejores posibilidades de supervivencia.

La experiencia propia y la del enemigo señala claramente la necesidad de contar con un número suficiente de buques hospitales, desplegados de tal manera que puedan llegar rápidamente al lugar de la acción. Ya hemos señalado que estas unidades pueden variar en cuanto a sus capacidades, de acuerdo al número de pacientes que puedan transportar, pero todas cuentan con una capacidad importante de medios de reanimación y supervivencia, de cirugía y traumatología.

Esto se basa en que los medios y conocimientos actuales de la medicina permiten la recuperación de heridos muy graves siempre que se cuente con las capacidades mencionadas más arriba.

Los náufragos heridos y quemados que fueron recogidos o transferidos en el lugar al buque hospital ARA *Bahía Paraíso* tuvieron acceso a un tratamiento rápido y eficaz.

Con respecto a las acciones anfibia, en una guerra insular o en el litoral enemigo o propio, la presencia de buques hospitales, sigue siendo, en mi opinión, la solución más adecuada dentro de nuestras posibilidades.

En el capítulo donde se analizan las bajas sufridas, se destaca que el aspecto más complejo y de difícil solución sigue siendo la evacuación del herido hasta un centro que pueda brindarle la atención requerida de la manera más integral.

Hemos de insistir en el hecho de que el herido grave tiene tantas posibilidades de salvar su vida cuanto más rápido sea su traslado a un centro de alta complejidad, ya sea un buque hospital o un hospital de evacuación en tierra.

En el caso de la guerra anfibia, es obvio que el actual despliegue de la Sanidad de Combate con sus escalones respectivos debe mantenerse, pero ya hemos visto que la evacuación de los heridos desde el segundo o tercer escalón hacia el centro de evacuación, en este caso el buque hospital, cuanto estaba surto en Puerto Argentino, o el traslado por vía aérea a hospitales en tierra, era lento.

Esta situación está basada en el escaso número de helicópteros de que se disponía para esta tarea y también, principalmente, a las crecientes dificultades operativas que la evolución de la guerra impuso a las aeronaves de transportes propios.

Al demandar desde estas páginas la necesidad de contar con una agrupación de helicópteros y aviones de transporte de heridos, exclusivamente dedicados a esta tarea, es ideal, pero sabemos muy bien, que por lo menos en los tiempos actuales, es una posibilidad muy remota; no obstante, debemos reconocer que los transportes y helicópteros de la Fuerza Aérea y de la Armada cumplieron una muy destacada actuación en las tareas de rescate y transporte de heridos a pesar de estar abrumados por la gran cantidad de misiones operativas que debían realizar.

Es deseable que cuando se cuente con un número considerable de las aeronaves mencionadas que suplan con holgura las necesidades operativas en un conflicto, se destine la capacidad remanente para las funciones de Sanidad, o dotando a los servicios de evacuación de heridos y enfermos de los medios aéreos específicamente dedicados a esa función.

De toda la experiencia pasada surge claramente que el buque hospital ha demostrado ampliamente su gran utilidad. Fue particularmente acertado que a buques que iban a ser utilizados principalmente como transporte de heridos, se les diera una capacidad y complejidad mayor en el número y diversidad de especialidades del personal de Sanidad em-

barcado, así como en el equipamiento médico quirúrgico, tal como está detalladamente descrito en el capítulo correspondiente, convirtiéndose en una unidad con una capacidad asistencial mucho mayor que la que se establece para que un transporte pudiera ejercer simultáneamente una acción asistencial de alto nivel, lo que ha posibilitado salvar muchas vidas, de modo que pudo desembarcar en los hospitales de tierra pacientes que de otro modo no hubieran llegado vivos a sus destinos definitivos.

Esta premisa de que la mayor complejidad médico-quirúrgica debe estar lo más cerca posible del lugar de las operaciones, y tener paralelamente los medios para lograr una accesibilidad rápida, debe regir en el futuro todas las previsiones y políticas que deberá desarrollar la Sanidad Naval.

Esto se funda en el hecho de que las grandes operaciones toracoabdominales, neuroquirúrgicas, vasculares y traumatológicas, así como el manejo del medio interno, asistencia cardio-respiratoria, etcétera, no son diferibles, si el espíritu que nos anima a todos dentro de la concepción humanista que predomina en nuestro país, es el de realizar el máximo esfuerzo para recuperar las vidas del personal en combate.

Debe señalarse que la Sanidad Naval desplegó prácticamente el 70% de sus efectivos para cubrir todos los requerimientos efectuados y debemos tener en cuenta que la guerra no se prolongó demasiado tiempo, que un porcentaje relativamente alto de los medios navales no fueron utilizados, como asimismo, que las acciones no adquirieron un gran encarnizamiento, lo que se expresa a través del estudio estadístico del número de bajas en relación con el total de efectivos intervinientes.

Si bien es cierto que en la previsión de una guerra mucho más prolongada y de mayor envergadura, los cuadros de Oficiales y de Suboficiales de Sanidad se dimensionan a través de la movilización, no puede ignorarse que los profesionales militares en servicio activo constituyen el núcleo central con el que debe contarse para afrontar las primeras necesidades, y son los que por su experiencia en logística, organización y conducción en el ámbito militar están en condiciones de organizar y conducir todo el despliegue necesario e implementar la adaptación y distribución de todo el recurso humano que se incorpora.

Por otra parte, está bien establecido, que el hecho de contar con un número importante de profesionales permitió, como ya se ha hecho referencia, formar a través de las residencias, Escuela de Docencia, etcétera, el número suficiente de especialistas bien capacitados en ramas médicas realmente críticas en caso de guerra, como es la cirugía general, traumatología, anestesiología y terapia intensiva, entre las más importantes. De modo que se aconseja que cualquier medida que debiera adoptarse en este sentido en un futuro próximo, deberá ser objeto de un cuidadoso y meditado estudio basado en las reales necesidades asistenciales de la Armada, según el crecimiento de su demanda en tiempo de paz, sin dejar de analizar el factor importante que significó, desde el punto de vista de la cobertura de todos los requerimientos que efectuaron las unidades operativas desde los primeros momentos, el hecho de contar con los profesionales capacitados a fin de poder brindar una asistencia eficiente a los efectivos destacados en el TOAS.

El conocimiento de todo lo relatado en Sanidad Naval, aun en los aspectos puramente médicos, me parece que tiene un particular interés para el Oficial de Cuerpo Combate, en los componentes Navales, Aéreo y de Infantería de Marina, pues le permite captar un aspecto de la guerra que le compete muy directamente y ampliará sustancialmente su capacidad de conducción y su criterio para tomar decisiones en relación a tácticas y procedimientos de guerra real, al conocer, a través de los resultados, el tipo de exposiciones que sufre el personal a bordo, de los diversos medios de acción del enemigo y a los factores climáticos, dentro de la diversidad de situaciones que se presentan en un teatro de operaciones. Asimismo, servirá de interés para las otras Armadas como centro de referencia para el dimensionamiento de sus Sanidades.

A continuación de esta apreciación general expondremos en forma muy concreta las conclusiones resultantes surgidas de lo expresado en los distintos capítulos de Sanidad Naval.

El pañol del Ente Coordinador de Sanidad en Combate, satisfizo totalmente la necesidad operacional debiendo en el futuro estar organizado en compartimentos según unidades operativas, listas a ser movilizadas, debido a la premura con que se planifica una acción sorpresiva.

Es imprescindible la presencia en el Estado Mayor del Comando de Operaciones Navales, de un Oficial Superior del Cuerpo Profesional Escalafón Medicina, a los efectos de asesorar sobre la logística de la Sanidad Naval.

La Sanidad en el abandono cumple una misión particular, ya que en este tipo de siniestro, sólo tienen tiempo de abandonar la unidad los heridos leves y de mediana intensidad en corto tiempo. La Sanidad en el abandono debe planificarse en la cubierta desde donde se va a efectuar éste.

El factor humano fue predominante en este abandono, y la solución de los problemas psíquicos y físicos es indispensable tanto en la balsa como luego, en el seguimiento posterior.

Las heridas toracoabdominales fueron, en general, de mediana gravedad y la mayoría recibió tratamiento antes de llegar al hospital de evacuación.

Existió una alta incidencia de pacientes traumatológicos, debiendo utilizarse la amputación especialmente para el pie de trinchera que presentaba infección severa.

Los miembros, especialmente los que se hallaban con pérdida de sustancia, fueron reconstruidos con colgajos rotatorios deslizantes, con las ventajas de resolver el problema en un acto quirúrgico y sin inmovilización excesiva.

Las lesiones máxilofaciales se presentaron en un índice comparable a las últimas guerras, requiriendo rápida evacuación, tratamiento de urgencia metódico y dieron tiempo para diferir la fase reconstructiva con excelentes resultados.

Los casos de pie de trinchera fueron atendidos con utilización de cámara hiperbárica, permitiendo delimitar lesiones, acelerar los procesos regenerativos y, fundamentalmente, hacer resecciones más económicas, cerrándose los muñones tempranamente. Todos los pacientes fueron dados de alta antes de los 60 días con sus heridas cerradas.

Un hospital general, como el Hospital Naval Puerto Belgrano, ha demostrado que puede convertirse en un hospital de evacuación para quemados, siguiendo las normas básicas para adecuar una sala como Centro de Quemados y contando con profesionales idóneos que permitan no sólo instruir a todo el personal, sino también dar las normas para la atención en la primera línea.

La Psiquiatría de Guerra no fue, debido a la urgencia, organizada en forma específica, pero no se produjeron inconvenientes por este problema. La asistencia debe ser *in situ*, recalando que los síntomas de ansiedad siempre se desarrollan aunque no haya situaciones de peligro, debiendo asumir los Oficiales de Sanidad su propia situación emocional a los efectos de no identificarse con el paciente.

La organización del buque hospital, para sus múltiples tareas de rescate, evacuación, logística y servicios asistenciales, fue realizándose sin previa experiencia, con muy buenos resultados. Si bien fue concebido como tal por Oficiales de Sanidad, en la práctica, fue un medio de evacuación más, y nunca recuperó bajas para el frente de combate. Cumplió funciones hospitalarias durante las travesías.

Concluyendo, podemos afirmar, que en general, el número de bajas, recuperable o no, fue escaso en relación con la cantidad de hombres en teatro operacional.

Asimismo, los problemas de evacuación tratados tuvieron una resolución feliz debido al adiestramiento en tiempo de paz del personal de Sanidad Naval, que con criterio y la imaginación necesaria, solucionaron todos los inconvenientes presentados.

Dado que no existe un Manual de Organización para buque hospital ni Manual de Servicios Internos para dicha unidad, la organización para el desempeño en las distintas tareas de rescate, evacuación, logística y servicios asistenciales, fue ejecutando por los integrantes del Departamento Sanidad en Combate a medida que se presentaban las distintas contingencias, con muy buenos resultados, siendo ésta una experiencia de gran valor por las conclusiones extraídas a consecuencia de la misma.

Dentro del Plan de Operaciones debe existir un Plan de Sanidad, y es imprescindible que el Estado Mayor Especial esté integrado por Oficiales de Sanidad.

En tiempo de paz ya se debería tener asignado un buque que se adecue a Hospital, en el cual deben efectuarse ejercitaciones y pruebas de factibilidad con la dotación asignada.

Las modificaciones necesarias de adaptación deben preverse, prepararse y efectuarse para una instalación inmediata al darse orden de constitución en Hospital.

El personal que sea destinado debe estar compenetrado con estas modificaciones y funcionamiento.

Se deben reglamentar las funciones del buque hospital y su orgánica para evitar improvisaciones.

No obstante haber sido su desempeño sobresaliente, considero que para acciones de guerra en el futuro, no deben ser embarcados aspirantes navales cuya edad sea menor a los 18 años.

Observando la poca cantidad de muertes asistidas en los hospitales de Puerto Argentino, buque hospital ARA *Bahía Paraíso*, Hospital Naval Puerto Belgrano y Comodoro Rivadavia, surge que la mayoría de los muertos en el terreno no pudieron recibir una atención médica adecuada ya sea por personal médico o paramédico. Insistimos en capacitar a todo el personal más exhaustivamente en:

- Conservar una vía aérea permeable.
- Reanimación cardiopulmonar.
- Calmar el dolor.
- Tratar y prevenir el shock.
- Cohibir una hemorragia.
- Inmovilizar una fractura.

Y fundamentalmente, un entrenamiento adecuado que les permita atender gran cantidad de heridos con poco personal y elementos.

La logística es fundamental desde el punto de vista de Sanidad.

Los elementos y los medicamentos deben ser de fácil acceso. La Armada tuvo un bajo índice de desnutrición, pero ello fue favorecido por la distribución de los efectivos en los alrededores de Puerto Argentino.

Fueron detectados dos TBC activas entre el personal militar de la Armada en Malvinas. Se debe insistir en el cumplimiento de los catastros.

Se deben incentivar la especialización en las distintas ramas médico-militares (cirugía, traumatología, clínica, anestesiología, psiquiatría) verdaderos pilares en la atención del herido de guerra. ■