

HISTORIA ORAL DEL COMPONENTE AEREO MALVINAS

ACLARACION DE www.radarmalvinas.com.ar

El siguiente es el relato del entonces Mayor Fernando ESPINIELLA, médico de Fuerza Aérea, quien se desempeñó como Jefe de Sanidad del Componente Aéreo durante el Conflicto de Malvinas

LA SANIDAD DE LA FUERZA AEREA ARGENTINA EN LA GUERRA DE MALVINAS

Copyright © Fernando Espiniella



Fue publicado originalmente en *La Gaceta Malvinense* 53 de AVEGUEMA www.aveguema.org
Está disponible en la Dirección de Estudios Históricos de la Fuerza Aérea Argentina

LA SANIDAD DE LA FUERZA AEREA ARGENTINA EN LA GUERRA DE MALVINAS

El Despliegue

El 2 de abril de 1982 los argentinos comenzaron el día con la noticia de la recuperación de las Islas Malvinas. Ese día, en un avión Hércules C-130 de la FAA arribaron los primeros efectivos de la sanidad aeronáutica, el Capitán Luis Barusso (médico) , el Cabo Principal Miguel Ángel Luccarelli (enfermero) y los soldados C/62 camilleros Marcelo Funes y Gustavo Naón, portadores de sólo un botiquín y camillas para primeros auxilios.

El 9 de abril me dieron orden de partir al día siguiente hacia las Islas Malvinas. Personalmente siempre estuve convencido que los ingleses vendrían a invadir nuevamente las islas. De niño estudié inglés en un instituto cuyas autoridades y profesoras eran todas inglesas y los libros que estudiábamos eran todos impresos en Londres y así desde temprana edad pude formarme la idea de la idiosincrasia de los británicos y las finalidades de sus intereses políticos y económicos. Los ingleses se han caracterizado por ser un pueblo guerrero, expansionista, invasor y colonialista como lo demuestra la historia.

En 1976 la Organización Mundial de la Salud había publicado un plan de asistencia médica para acciones en caso de catástrofes o desastres que había sido confeccionado por la Sociedad Europea para Emergencias Médicas y Catástrofes creada ese año y con el fin de aunar criterios de funcionamiento especialmente en caso de terremotos y erupciones de volcanes, hechos relativamente frecuentes en el Viejo Mundo.

Ese plan fue dado a conocer un año después por la Organización Panamericana de la Salud bajo el título de:

Programa para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastres

Este plan fue adoptado por la Dirección General de Sanidad de la Fuerza Aérea (DGSA) en 1978.

La OMS define al «desastre» como una situación que implica amenazas graves e inmediatas para la salud pública.

La guerra, según la OMS, es «un desastre tecnológico producido por el hombre». No hay guerra sin víctimas. El mayor número de muertos y heridos que se producen en los desastres se deben a las acciones bélicas.

En base a estos antecedentes, antes de partir confeccioné un plan de acción que comprendía tres partes fundamentales:

- a) Personal.
- b) Material.
- c) Medios.

El día 10 de abril partimos de la Brigada Aérea de El Palomar rumbo a las islas el siguiente personal:

- Mayor Fernando Espiniella (médico).
- Mayor Juan R. Martín (médico).
- Mayor Roberto O. Stvrtecky (odontólogo).
- Primer Teniente Fernando Miranda Abos (médico).
- Primer Teniente Federico A. Fernández (bioquímico).
- Suboficial Auxiliar Carlos O. Ortiz (enfermero).
- Cabo Principal Osvaldo Quiroga (enfermero).

Llegamos en la madrugada del día 11 con la emoción de pisar la tierra argentina que había sido apropiada indebidamente por los ingleses en un verdadero acto de piratería hacía ya 149 años.

Las falencias halladas fueron:

- a) La sanidad aeronáutica funcionaba en una sala del aeropuerto, lugar totalmente inadecuado para la práctica quirúrgica.
- b) El material provisto hasta ese entonces era escaso e inadecuado para una guerra.
- c) Falta de planificación sanitaria.
- d) Escaso personal.
- e) Falta de ambulancias.
- f) Desconocimiento general sobre el terreno, clima y potabilidad del agua.
- g) Falta de equipo de comunicaciones en Sanidad.

A todo esto se debe agregar que el hospital malvinense de Puerto Argentino tenía una escasa capacidad de atención en caso de bajas en masa como se preveía en caso de acciones bélicas. Además el Gobernador Militar había ordenado que no fuese utilizado por el personal militar y su Director, un médico inglés y Mayor retirado del ejército británico tenía una notoria animadversión hacia los argentinos.

Ese mismo día concerté con quien era el director del Hospital Militar, Mayor Enrique Ceballos, una reunión con todos los profesionales de la sanidad de las tres armas para analizar y desarrollar ideas sobre los planes a seguir y la misma se concretó el día 13.

En base a estos hechos y a las ideas que había desarrollado fui armando un plan de acción por si se concretaba un conflicto armado.

Los británicos ya habían iniciado un bloqueo naval desde el 12 de abril y el mismo se transformaría en un bloqueo aeronaval a partir del 28 de ese mes, por lo cual pensaba que quedaríamos totalmente aislados del continente, pues sería imposible la evacuación médica por aire y mar, y por lo tanto, deberíamos estar preparados con personal y material suficiente para la atención de heridos y enfermos por un tiempo imposible de estimar, pero que yo calculaba para unos 3 meses.

Además, el punto más cercano, Río Gallegos, estaba a unos 700 km. de nuestra instalación, por lo cual la asistencia sanitaria debería ser total sin pensar en derivaciones a centros de mayor complejidad; en las islas nosotros teníamos que hacernos cargo de esa responsabilidad.

Por lo tanto las acciones a desarrollar comprendían:

- 1) **PLANIFICACIÓN** (¿qué hacer y cómo?).
- 2) **ESTRUCTURA** (personal, material y medios).
- 3) **FUNCIÓN** (alarma, clasificación de bajas, tratamiento de los heridos y evacuación – es decir el TRIAGE)¹.

El día 13 cuando nos reunimos y propuse actuar en forma conjunta formando equipos mixtos con el personal de las tres armas, reunir el material necesario en un solo lugar, sumando esfuerzos y medios, motivo por el cual desde ese momento en adelante el hospital debería denominarse HOSPITAL MILITAR CONJUNTO (HMC). Esta idea fue aceptada por unanimidad y fue un pacto de caballeros que los integrantes de la FA aún seguimos respetando y así lo señalamos en las conferencias y charlas en congresos, simposios y audiciones radiales.

Mis requerimientos a la Dirección General de Sanidad de la Fuerza Aérea (DGSA) fueron:

- 1) **Personal:** Médicos cirujanos, clínicos, traumatólogos, anestesistas, enfermeros, técnicos radiólogos y camilleros.
- 2) **Material:** cajas de cirugía y traumatología, mesas de cirugía y anestesia, estufa de esterilización y autoclave, equipo portátil de rayos X, placas radiográficas y líquidos para su revelado, tubos de oxígeno, férulas de inmovilización de miembros, lencería de cirugía, gasas, vendas, algodón, camillas de traslado de heridos, medicamentos (analgésicos, antibióticos, drogas anestésicas, corticoides, etc.), soluciones electrolíticas y expansores plasmáticos, sillón de ruedas, equipo odontológico, material de odontología, material de laboratorio (microscopio, centrífuga) y reactivos para banco de sangre.
- 3) **Medios:** ambulancias y carpas para Puestos de Socorro (PUSO).

Si bien en un comienzo hubo cierta resistencia de la DGSA para enviar el material y el personal solicitados, la visita a Puerto Argentino del Director General de Sanidad de la FA, Brigadier Enrique Irrgang, y la charla que tuve con él más tarde lo convencieron de la necesidad de los mismos y al otro día de su visita, el 20 de abril, los aviones de la FAA venían cargados con el preciado material y en las cantidades en las que se habían solicitado.

Organización

Así fue como también el día 22 llegaron los refuerzos de médicos, enfermeros y camilleros que se completaron con algunos otros que arribaron en días posteriores. De tal modo que el personal sanitario de la FA en las islas era el siguiente:

Jefe de Sanidad de la FAA en las Islas:

Mayor Fernando Espiniella

En Puerto Argentino:

My. Fernando Espiniella (Gastroenterología y Clínica Médica).

My. Juan R. Martín (Cirugía y Urología).

My. Roberto O. Stvrtecky (Odontología y Cirugía Dento-máxilo-facial).

Cap. Roberto Fernández Reuter (Clínica Médica).

Cap. Rubén Loncharich (Cirugía).

1er. Ten. Gustavo Revol (Traumatología).

1er. Ten. Antonio Borraccio (Clínica Médica).

1er. Ten. Benito Fonseca (Anestesia).

1er. Ten. César Bianconi (Clínica Médica).

1er. Ten. Daniel Oudkerk (Traumatología).

1er. Ten. Eduardo Almitrani (Clínica Médica).

1er. Ten. Alberto F. Fernández (Bioquímica).

P. C. Dr. Raúl Morales (Anestesia).
S. A: Carlos Rosales (Enfermero).
S. Aux. Carlos O. Ortiz (Enfermero).
S. Aux. Eduardo García (Enfermero y técnico radiólogo).
C. P. Carlos Saldivia (Enfermero y técnico radiólogo).
C. P. Miguel A. Lucarelli (Enfermero).
C. P. José Albet (Enfermero).
C. P. Osvaldo Quiroga (Enfermero).
C. 1º. Pedro Campos (Enfermero).
C. 1º. Jorge Fulleringer (Enfermero).
S/C 63 Gustavo Moledo (Camillero).
S/C 63 Roberto Battistoni (Camillero).
S/C 63 Rodolfo Riquelme (Camillero).
S/C 63 Miguel A. González (Camillero).
S/C 63 Carlos Quevedo (Camillero).
S/C 63 Sergio Delfini (Camillero).
S/C 63 Claudio Montenegro (Camillero).
S/C 63 Néstor González (Camillero).
En días posteriores se agregaron a nuestro grupo dos integrantes del EA:
S. A. José Rosas (Enfermero).
S. 1º. Pedro Olivo (Enfermero).

En Darwin:

1er. Ten. Fernando Miranda Abos (Cirugía).
1er. Ten. Carlos Beranek (Clínica Médica).
S. Aux. Oscar Pérez (Enfermero).
C. P. Domingo Sosa (Enfermero).

Una vez satisfechos los requerimientos se terminó de organizar el plan de acción:

1) Puesto de Socorro (PUSO)

Es el lugar adecuado para que un equipo médico pueda brindar rápida asistencia para tratar los heridos.

En el campo de batalla y en ese lugar se inicia «El TRIAGE» (recepción, clasificación y tratamiento de urgencia y evacuación a centros médicos más complejos, en este caso el HMC). Su misión fundamental es: SALVAR LA VIDA.

En los dos PUSO (en el aeropuerto de Puerto Argentino y en Darwin) se distribuyeron los mismos elementos en cantidad y calidad: 30 camillas, cajas de cirugía menor y de traqueotomía, respiradores AMBU, tubos de O₂, férulas de inmovilización, soluciones parenterales, analgésicos, morfina, antibióticos, corticoides y otros medicamentos, gasa, venda, algodón, vendajes especiales para quemados, etc.

En Darwin no se disponía de establecimiento sanitario para la recepción de las bajas una vez asistidas por el PUSO y dependieron exclusivamente de la evacuación en helicóptero a Puerto Argentino.

En la batalla final los heridos fueron asistidos por los británicos.

En el aeropuerto los heridos fueron adecuadamente asistidos y llegaron al HMC totalmente compensados (presiones arteriales en límites normales, pulso y temperatura normales y conscientes) de tal modo que aquellos que requerían cirugía eran directamente introducidos en el quirófano.

Este PUSO se armó a unos 250 ms. de la torre de vuelo, tras una loma que lo protegía del fuego naval del este que es de donde, afortunadamente, siempre dispararon los buques ingleses; las bombas y metralla de los aviones pegaron muy cerca. Un impacto vertical lo hubiese destruido, lo mismo que el refugio que se construyó al lado, en el que se ingresaba y se permanecía de rodillas o sentado en los momentos de alarma y ataque.

Estaba dentro del cerco de la defensa antiaérea del aeropuerto, es decir muy expuesto.

Ambos PUSO brindaron asistencia médica única y total a todos los efectivos de la distintas fuerzas.

2) Hospital de Evacuación

El edificio que había ocupado personal sanitario del EA después de la reunión de los profesionales de la sanidad de las tres armas se transformó en el Hospital Militar Conjunto (HMC) el 13 de abril de 1982 y así se lo debe seguir designando pues participaron en el trabajo integrantes de todas las fuerzas.

Era necesario trabajar juntos y en un solo lugar por el relativamente poco extenso teatro de operaciones, unificar personal y material para obtener mejores resultados, debido al bloqueo aeronaval

que implementaría la Fuerza de Tareas británica, la distancia al punto más cercano del continente (700 km. a Río Gallegos) y la acumulación de heridos y enfermos que tendríamos.

La guerra significa muertos, heridos, enfermedades infecciosas, frío o calor (según el terreno), hambre, sed, trastornos psicológicos, destrucción y contaminación de fuentes de agua y alimentos y para eso hay que prepararse y tomar precauciones dentro de las posibilidades que se tengan. No hay guerras sin muertos nos enseña la historia, lo mismo que las otras calamidades mencionadas.

Una vez concretado el HMC, al otro día los efectivos de las tres sanidades se abocaron a la tarea de adecuar las instalaciones restantes para su funcionamiento total y así se logró establecer los distintos sectores que hacen a un hospital:

- Guardia Médica,
- Sala de recepción,
- Clasificación de heridos (TRIAGE),
- Sala de yesos,
- Sala de internados (una para unas 100 camillas y otras seis para 4 o 6 camillas),
- Sala de operaciones (la mitad de un salón de actos donde se ubicaron 8 mesas de cirugía y mesa de anestesia),
- Sala de radiografías (con dos equipos de Rx portátiles, uno de FA y otro de EA, operados por técnicos de estas dos armas),
- Sala de Odontología,
- Laboratorio (a cargo del 1er. Ten. Fernández, quién también se hizo cargo de Hemoterapia, es decir del almacenamiento y conservación de la sangre hasta que le fuera requerida por los médicos),
- Farmacia,
- Cocina,
- Playas de estacionamiento de ambulancias,
- Depósito de cadáveres (se levantó una carpa adyacente),
- Helipuerto (terreno acondicionado por personal de la FA y EA a 50 ms. del HMC para el descenso de helicópteros con heridos).

Personal que actuó en el HMC

Arma	Profesionales	Enfermeros
Ejercito	26	30
Armada	7	5
Fuerza Aérea	13	9
Total:		90

Antes de las acciones bélicas y con la inestimable colaboración de personal de Comunicaciones de la FA establecimos un enlace radial a través de la oficina de LADE de Puerto Argentino con nuestra sanidad en el edificio Cóndor. Las comunicaciones eran diarias y en horas del mediodía con un médico de guardia para esos menesteres, y además amigo nuestro, y en cada ocasión transmitíamos las novedades sobre heridos, enfermos y los requerimientos que necesitábamos, no sólo para los integrantes de nuestra arma sino para las restantes que tenían dificultad en obtener materiales.

De este modo se armó un triángulo logístico entre Buenos Aires – Comodoro Rivadavia – Puerto Argentino que permitió un abastecimiento total en el HMC y enfrentar los distintos tratamientos sin dificultades. Una vez hecho nuestro requerimiento comenzaba una reacción en cadena desde Buenos Aires pasando por Comodoro Rivadavia (donde se había instalado el Hospital Reubicable de la FA).

Todos los integrantes de la sanidad en ambos lugares ponían todo su empeño y esfuerzo para hacernos llegar lo solicitado en el menor tiempo posible y es así que a veces obteníamos el material en el mismo día cuando el Hércules C-130 lograba burlar el bloqueo aeronaval impuesto por las fuerzas invasoras.

Sin esta delicada y responsable misión, la sanidad en el teatro de operaciones habría sido deficiente y el número de bajas seguramente mayor.

El problema más crítico fue la obtención de sangre. La mayor parte de las unidades provino del Hospital Aeronáutico Central como efecto de donaciones de su personal y del envío de los voluntarios anónimos que colaboraron con el vital elemento en el Hospital Churruca y el Hospital Penna. El EA también envió bolsas de sangre a las que seguramente deben haber colaborado otros hospitales. Ya en el mes de junio el buque hospital *ARA Bahía Paraíso* nos entregó algunas unidades.

Dado el espacio disponible en *La Gaceta Malvinense* no puedo extenderme en más detalles, los cuales describo en mi libro *Tras el manto de neblina* (Editorial Dunken; 2009).

Las heridas de guerra fueron tratadas convenientemente, tanto las superficiales como las profundas, que requerían intervención quirúrgica y a todos los heridos se les suministraban antibióticos en forma intravenosa o por vía oral según las circunstancias.

Ninguno de ellos tuvo infecciones agregadas, lo que revela los satisfactorios tratamientos médicos y quirúrgicos aplicados. Afortunadamente los pacientes con quemaduras fueron escasos y casi todos con lesiones superficiales y de escasa extensión. Las fracturas de miembros inferiores (fémur, tibia, peroné), que eran cerradas y sin lesiones nerviosas ni vasculares, fueron inmovilizadas con férulas inflables enviadas por la DGSA y así, derivados los pacientes al continente para su tratamiento definitivo.

La mayoría de las heridas fueron en brazos y piernas.

Las enfermedades infectocontagiosas constituyen un gran problema en la guerra dadas las malas condiciones higiénicas, agua y alimentos contaminados, conglomerado de personas, clima adverso, etc. A nuestra llegada gran cantidad de efectivos padecían diarrea por la ingesta de agua de deshielo, contaminada con la materia fecal de los gansos malvinenses (es decir era materia fecal diluida), hecho ante el cual tomamos los recaudos higiénicos y sanitarios necesarios informando la importancia de beber agua potable, hervir el agua o agregarle un comprimido de cloro que repartimos por todo el aeropuerto y el problema se terminó en 24 hs.

Antes de la guerra se produjeron varios casos de parotiditis en Darwin y de hepatitis en Puerto Argentino y los pacientes aislados y evacuados por vía aérea; no se detectaron nuevos casos.

Los heridos eran evacuados durante la guerra en los aviones Hércules C-130 que lograban superar el bloqueo aeronaval y en condiciones sumamente peligrosas aterrizaron en el aeropuerto; sin parar los motores descargaban rápidamente los materiales y los heridos eran introducidos a toda velocidad en la cabina y eran acomodados ya en pleno vuelo por la tripulación o el equipo sanitario (un médico y un enfermero).

Todo este proceso en la pista se hacía en la más absoluta oscuridad y bajo las luces del interior de la cabina del Hércules.

Durante los días de acciones bélicas se concretaron treinta y tres (33) vuelos de los Hércules C-130 y se evacuaron doscientos sesenta y cuatro (264) heridos. A partir del 1 de junio arribaron a Puerto Argentino los barcos hospitales *ARA Bahía Paraíso* y *ARA Almirante Irizar* en los cuales pudimos embarcar también heridos, especialmente cuando finalizó la guerra.

A partir del día 11, cuando ya los británicos estaban en pleno ataque final, comenzó el flujo de heridos en forma intensa y continua de tal modo que los atendíamos en cualquier espacio del piso disponible, tratándolos y estableciendo las prioridades para su intervención quirúrgica y el día 13 en algún momento nos encontramos desbordados, pero le dimos asistencia médica a todos. Prácticamente ninguno pudo descansar un solo instante en esos últimos cuatro días.

Después de embarcar todos los heridos en el barco hospital *ARA Almirante Irizar*, el día 15 por la mañana quedamos prisioneros al aire libre en el aeropuerto hasta que el 19 nos fueron evacuando hacia el continente. Me tocó subir al trasbordador británico *HMS Norland*, donde me hice cargo de los heridos y enfermos argentinos hasta que arribamos a Puerto Madryn el día 21.

Como conclusión, debo señalar el orgullo que tuve de tener un grupo de personas con alta capacidad y responsabilidad en la tarea que debimos desarrollar, lo que unidas a su esfuerzo y conocimientos de trabajo en equipo, contribuyeron a realizar con eficiencia nuestro trabajo.

La unión de esfuerzos con los otros integrantes de la sanidad del EA y de la ARA demostró que los resultados fueron altamente favorables a la labor médica que debimos desarrollar.

Debo destacar el apoyo de la DGSA y de todos sus integrantes que solucionaron todas nuestras necesidades y es así que el material enviado constituyó el 80 % del total del HMC.

En la tierra y el mar adyacente a las Islas Malvinas quedaron flameando permanentemente 649 banderas argentinas gritando al mundo entero que las islas son argentinas. El deber de todo argentino es recordarlas hasta el infinito.

1 TRIAGE, este término se emplea para la selección de pacientes en distintas situaciones y ámbitos. En situación normal en las urgencias extra hospitalarias y hospitalarias, así como en situaciones de demanda masiva, atención de múltiples víctimas o de desastre. En situación normal se privilegia la atención del paciente más grave, el de mayor prioridad. Ej.: paro cardíaco. En situaciones de demanda masiva, atención de múltiples víctimas o desastre se privilegia a la víctima con mayores posibilidades de supervivencia según gravedad y la disponibilidad de recursos. El primero en utilizar este término fue el barón Dominique-Jean Larrey (1766-1842), médico cirujano militar, jefe de los servicios sanitarios del ejército de Napoleón, que comenzó a utilizarlo como un sistema de clasificación para tratar a los heridos en el campo de batalla.