

FUERZA TERRESTRE ECUATORIANA

MIE - 32 - 01



**ORGANIZACIÓN Y EMPLEO DEL SERVICIO
DE SANIDAD DE LA F. T.**

DIRECCIÓN DE DOCTRINA

Dirección de Doctrina de la Fuerza Terrestre
Primera edición 2 002
Número de ejemplares 1 000
Diseño e Impresión Instituto Geográfico Militar
Quito - Ecuador

COMANDANTE GENERAL DE LA FUERZA TERRESTRE

ORDEN DE COMANDO

HE ACORDADO Y ORDENO

1. Apruébese el "MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y EMPLEO DEL SERVICIO DE SANIDAD DE LA FUERZA TERRESTRE, al mismo que se lo clasifica como MIE-32-01.
2. Deróguese todas las publicaciones realizadas con anterioridad a la presente fecha.
3. Póngase en ejecución

Quito, a 29 de noviembre del 2 002

Anótese y comuníquese



CARLOS MORALES SANMARTIN
General de División
COMANDANTE GENERAL DE LA FUERZA TERRESTRE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	IX
CAPÍTULO I	1
A. GENERALIDADES.....	1
B. MISIÓN.....	1
C. OBJETIVO.....	1
D. RESPONSABILIDADES GENERALES.....	2
E. PRINCIPIOS DE APOYO DE SANIDAD EN CAMPAÑA...	2
F. FUNDAMENTOS DEL SERVICIO DE SANIDAD.....	4
G. DOCTRINA TÉCNICA DEL EMPLEO DEL SERVICIO DE SANIDAD.....	5
H. DOCTRINA LOGÍSTICA DEL EMPLEO DEL SERVICIO DE SANIDAD.....	6
CAPÍTULO II	
ORGANIZACIÓN DEL APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD	9
A. GENERALIDADES.....	9
B. ACTIVIDADES DE LA SANIDAD MILITAR	9
C. ESCALONAMIENTO DEL SERVICIO DE SANIDAD	10
D. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD A NIVEL BATALLÓN O SIMILARES.....	11
E. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD A NIVEL BRIGADA O DIVISIÓN.....	16
F. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD A NIVEL EJÉRCITO.....	31
G. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD EN EL CUARTO ESCALÓN.....	34

CAPÍTULO III

EVACUACIÓN EN EL TEATRO DE OPERACIONES	37
A. GENERALIDADES	37
B. DEFINICIONES.....	37
C. JUSTIFICACIÓN PARA LA EVACUACIÓN.....	38
D. PRINCIPIOS DE EVACUACIÓN.....	38
E. FUNCIONAMIENTO DE LA CADENA DE EVACUACIÓN.....	39
F. LIMITACIONES DE LA EVACUACIÓN.....	40
G. NORMAS PARA LA CLASIFICACIÓN MÉDICA DE LAS BAJAS.....	40
H. PRIORIDAD DE EVACUACIÓN.....	42
I. POLÍTICAS Y MEDIOS DE EVACUACIÓN.....	43
J. TIPOS DE EVACUACIÓN.....	44
K. ESTIMATIVA DE BAJAS Y CÁLCULO DE MEDIOS DE EVACUACIÓN.....	48

CAPÍTULO IV

EL SERVICIO DE SANIDAD EN OPERACIONES.....	57
A. GENERALIDADES.....	57
B. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD EN EL MOVIMIENTO PARA ESTABLECER EL CONTACTO.....	57
C. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD EN LA OFENSIVA.....	59
D. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD A LAS OPERACIONES DEFENSIVAS	63
E. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD EN LOS MOVIMIENTOS RETRÓGRADOS.....	67

F. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD EN LAS OPERACIONES DE SELVA.....	70
G. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD A LAS OPERACIONES DE DEFENSA INTERNA.....	74
H. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD A LAS OPERACIONES MILITARES EN ÁREAS URBANIZADAS.....	77

CAPÍTULO V

SERVICIOS DE APOYO DE SANIDAD.....	83
A. SERVICIO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL.....	83
B. SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DE SANGRE.....	84
C. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA	85
D. SERVICIO DE ODONTOLOGÍA	90

CAPÍTULO VI

ABASTECIMIENTO DE SANIDAD EN EL TEATRO DE OPERACIONES.....	93
A. GENERALIDADES.....	93
B. ABASTECIMIENTOS CLASE II – IV DE SANIDAD EN LOS DIFERENTES ESCALONES.....	93
C. PLANIFICACIÓN DE ABASTECIMIENTOS	95
D. PLANIFICACIÓN DE NECESIDADES	95
E. RECURSOS DE SANIDAD EN CAMPAÑA	96
FORMATO No.1 APRECIACIÓN DE SITUACIÓN DE SANIDAD.....	98
FORMATO No.2 PLAN DE EMPLEO DEL SERVICIO DE SANIDAD.....	100

INTRODUCCIÓN

Los conceptos modernos de Sanidad Militar implican no solamente preservar la salud del personal en tiempo de paz, sino en mantener y conservar el potencial humano que se empleará en la guerra, proporcionando un tratamiento médico oportuno y eficaz a los enfermos y heridos ocasionados por los conflictos bélicos.

En el presente manual se realiza una revisión completa de la doctrina de empleo del Servicio de Sanidad, acorde con las necesidades de la Fuerza Terrestre; para que las unidades y personal de sanidad cuenten con una herramienta que contenga los principios doctrinarios. La organización en los diferentes escalones para apoyar a las unidades cuando se emplean, la evacuación médica como pilar fundamental de apoyo.

También trata sobre el apoyo de Sanidad a las operaciones militares: Ofensivas, Defensivas, Movimientos Retrógrados, Operaciones de Defensa Interna, Operaciones de Selva, Operaciones Militares en áreas Urbanizadas. La descripción de los servicios de apoyo de Sanidad como: Saneamiento Ambiental, Transfusión de Sangre, Psiquiatría y Odontología.

Finalmente los procedimientos para los abastecimientos de sanidad en los diferentes escalones.

- La selección física y psicológica del personal militar.
- La preservación de la salud, higiene y profilaxis.
- La recuperación de los enfermos y heridos, mediante los primeros auxilios, clasificación, evacuación y hospitalización.
- La instrucción del personal de sanidad.

D. RESPONSABILIDADES GENERALES

- Recomendar e informar oportunamente a las autoridades militares sobre asuntos de sanidad.
- Proporcionar los primeros auxilios y realizar la evacuación, clasificación y tratamiento de enfermos y heridos.
- Establecer medidas para preservar la salud de la tropa.
- Participar en todas las actividades de salud pública:
 - En el territorio ocupado.
 - Entre los prisioneros de guerra.
 - Entre todas las personas y animales que puedan constituir un peligro potencial para la salud de la tropa.
- Determinar los requerimientos de abastecimientos clase II y IV de sanidad.
- Clasificar y conservar los archivos y documentos médicos.
- Instruir al personal de sanidad.

E. PRINCIPIOS DE APOYO DE SANIDAD EN CAMPAÑA.

1. Continuidad

La continuidad de la atención y del tratamiento se logra conduciendo el apoyo del Servicio de Sanidad en forma

progresiva desde el área más avanzada de la zona de acción hacia la retaguardia, a fin de proporcionar atención y tratamiento óptimos en forma ininterrumpida.

2. Control

La capacidad para proporcionar atención y tratamiento médico en los diversos escalones se logra a través de un control permanente al desplegar con precisión oportuna las unidades, personal, instalaciones, equipo, materiales y medios de evacuación sanitarias en los lugares y sitios precisos para proporcionar este apoyo.

3. Flexibilidad

La alteración de los planes o acciones tácticas pueden obligar a una redistribución o reasignación de los recursos de sanidad, por lo tanto, el comandante de la unidad de sanidad debe estar en condiciones de adaptarse a estos cambios para cumplir con la misión.

4. Proximidad

Los elementos de sanidad deben estar tan cercanos a las unidades de combate como lo permitan los factores, tiempo, distancia y situación táctica, para proporcionar una pronta recolección de las bajas y mantener contacto permanente con las unidades de maniobra.

5. Movilidad

Los elementos de sanidad deben tener una movilidad similar a las unidades que apoyan, a fin de mantener contacto con ellas. Cuando estén comprometidas en el cuidado de los pacientes, las unidades de sanidad deberán recobrar su movilidad con la pronta evacuación o traslado de las bajas.

6. Concordancia

La planificación del Servicio de Sanidad se basa en el plan táctico de la unidad apoyada, para determinar los requerimientos de apoyo de sanidad.

F. FUNDAMENTOS DEL SERVICIO DE SANIDAD

1. De orden técnico

- La organización del Servicio de Sanidad debe responder a las necesidades de orden táctico y estratégico.
- El funcionamiento del Servicio de Sanidad es continuo y su movilidad depende de una pronta evacuación por las organizaciones del escalón superior.
- Los enfermos y heridos tienen que ser tratados y preparados para la evacuación con cuidados y procedimientos médicos durante el transcurso de la misma.
- Las instalaciones de sanidad deben ser desdobladas de modo que puedan prestar el apoyo al mayor número de bajas.
- Los casos particulares están siempre subordinados al interés colectivo.
- El sentido de evacuación es del frente hacia la retaguardia.

2. De orden logístico

- El mayor esfuerzo del Servicio de Sanidad debe ser realizado en beneficio de la tropa empeñada en la acción principal.
- Los heridos y enfermos deben ser atendidos y transportados por el medio de evacuación más seguro, cómodo y eficiente.
- Es responsabilidad de las unidades de retaguardia o del escalón superior, la evacuación de las bajas de las unidades del frente.
- La evacuación de los enfermos y heridos, en donde es factible la utilización de los medios aéreos, será prioritaria.

G. DOCTRINA TÉCNICA DEL EMPLEO DEL SERVICIO DE SANIDAD

1. Con relación a la organización y a los principios técnicos del Servicio de Sanidad.

- La organización del Servicio de Sanidad al apoyar a las fuerzas combatientes, debe ser coherente con la organización, el tipo de tropa apoyada y el tipo de operación a desarrollarse.
- Los medios disponibles deben ser distribuidos de tal manera que puedan proporcionar apoyo al mayor número de efectivos empeñados.
- Las medidas de medicina preventiva y la atención de urgencia, aplicadas convenientemente, en tiempo útil, contribuyen de manera sensible para disminuir el índice de pérdidas, aumentar el índice de recuperados y disminuir el tiempo de retorno al servicio.

2. Con relación a la evacuación y hospitalización

- En cada instalación de sanidad, los pacientes son sometidos a examen y triage o clasificación, previos a recibir atención médica.
- Todas las bajas serán evacuadas por indicación médica y con el soporte vital adecuado.
- Ninguna baja debe ser evacuada de un escalón hacia otro, sin indicación médica o por imposición militar.
- La duda, en cuanto a la evacuación debe favorecer al paciente.
- La concentración de las bajas es indispensable para mantener la eficiencia y eficacia del apoyo, en particular en lo que respecta a la economía de medios.
- Cuando, la gravedad del herido lo amerite, la evacuación se realizara directamente a la instalación de sanidad que ofrezca mayores posibilidades de tratamiento al paciente.

- La movilidad, flexibilidad y eficacia de las instalaciones avanzadas de sanidad dependen de la pronta evacuación de los enfermos o heridos.
- El tamaño de las instalaciones de sanidad aumenta a medida que se apartan de la línea de contacto, disminuyendo su movilidad.

3. Con relación a la acción de comando

- Los comandantes en todos los escalones son responsables por la ejecución adecuada del apoyo del Servicio de Sanidad en las organizaciones que comanden.
- La decisión en cuanto al curso de acción adoptado en cada situación es atribución del comandante. Cabe al oficial de sanidad asesorarlo en los asuntos concernientes al Servicio de Sanidad.
- La autoridad que atribuye la misión al Servicio de Sanidad, es la responsable por el aprovisionamiento de los medios necesarios para su cumplimiento.
- El abandono de las bajas en poder del enemigo es una decisión grave de competencia única del comandante.

H. DOCTRINA LOGÍSTICA DEL EMPLEO DEL SERVICIO DE SANIDAD

1. Con relación al empleo de la organización de sanidad.

- Las instalaciones de sanidad desdobladas en profundidad, serán localizadas tan al frente cuanto permita la situación táctica.
- La distribución de los medios estará basada en la situación táctica. Una previsión de medios en reserva constituye un factor de seguridad y flexibilidad.
- Una instalación de sanidad sólo podrá suspender sus actividades cuando otra instalación del mismo tipo estuviera instalada y en condiciones de sustituirla.

- La dotación de los medios necesarios de una organización de sanidad es determinada en función de su misión en el apoyo a la operación militar, del número previsto de bajas y de la disponibilidad y capacidad de los medios de evacuación en dotación.
- El tipo de transporte a ser utilizado para la evacuación terrestre está en función del terreno, de las vías de transporte y de los recursos técnicos disponibles.
- Si el número de ambulancias fuera insuficiente o si no existiere disponibilidad de las mismas, otros medios deben ser utilizados con las adaptaciones necesarias para la comodidad y seguridad del paciente.

2. Con relación a los abastecimientos

- El Servicio de Sanidad es el responsable por el abastecimiento clase II-IV de sanidad, basándose en una planificación centralizada y ejecución descentralizada que realiza la previsión y provisión de medicamentos y equipo médico.
- El aprovisionamiento de equipo médico es realizado a través del canal logístico y en coordinación con el personal técnico especializado.
- El abastecimiento de medicamentos y material es realizado a través del canal logístico de abastecimiento de sanidad de forma automática e inmediata.

3. Con relación al mantenimiento

- El Servicio de Sanidad es el responsable por el mantenimiento del equipo y material de sanidad.
- El canal de mantenimiento tiene el encargo de proveer los abastecimientos necesarios para el mismo.

CAPÍTULO II

ORGANIZACIÓN DEL APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD

A. GENERALIDADES

El apoyo del Servicio de Sanidad está organizado sistemáticamente, para proporcionar en el menor tiempo posible a los elementos de combate las medidas preventivas, la atención, el cuidado y tratamientos requeridos en todo momento.

B. ACTIVIDADES DE LA SANIDAD MILITAR

- Seleccionar al personal militar.
- Aplicar programas de medicina preventiva.
- Proporcionar atención médica y odontológica
- Evacuar al personal enfermo o herido.
- Aplicar programas de salud mental.
- Instalar y operar las distintas dependencias sanitarias en operaciones militares.
- Determinar los requerimientos de abastecimientos clase II y IV de sanidad.
- Elaborar, clasificar y conservar documentos, fichas y registros médicos.
- Capacitar y supervisar la instrucción sanitaria al personal de sanidad.
- Asesorar al comandante y autoridades competentes sobre asuntos de sanidad.

- Aplicar programas de rehabilitación al personal discapacitado por acciones de combate.

C. ESCALONAMIENTO DEL SERVICIO DE SANIDAD

- El apoyo del Servicio de Sanidad, dentro de un Teatro de Operaciones está organizado en escalones que se extienden desde el frente hacia la retaguardia. La denominación de los escalones depende del nivel apoyado. La capacidad de cada escalón se ha establecido para satisfacer las características del ambiente operacional y para desempeñar una función específica en el tratamiento, hospitalización y evacuación progresiva del personal enfermo o herido. Cada escalón superior de apoyo posee las mismas capacidades de tratamiento de los escalones inferiores y un incremento adicional en la capacidad de tratamiento que lo diferencia del escalón inferior de apoyo.
- La evacuación desempeña un papel importante en la secuencia del tratamiento tan cuidadosamente diseñado desde el frente hacia la retaguardia y a medida que el escalón de apoyo del Servicio de Sanidad se hace más sofisticado, los medios de evacuación también lo son.

1. Primer escalón

Es el Servicio de Sanidad en las unidades tipo batallón o similares.

Unidad sanitaria orgánica: La sección de sanidad.

Instalación sanitaria en el terreno: Puesto de socorro (ps)

2. Segundo escalón

Es el Servicio de Sanidad correspondiente a la brigada o división.

Unidad sanitaria orgánica: El destacamento de sanidad.

Instalación sanitaria: Puesto de curación y evacuación (pce)

3. Tercer escalón

Es el Servicio de Sanidad correspondiente al Ejército.

Unidad e instalación sanitaria: Hospital de Evacuación (HE)

4. Cuarto escalón

Es el Servicio de Sanidad al nivel de Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas (Zona del Interior)

Unidad e instalación sanitaria: Hospital General de las Fuerzas Armadas (HG1)

D. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD A NIVEL BATALLÓN O SIMILARES

1. Generalidades

Las secciones de sanidad orgánicas de las unidades de combate tipo batallón y similares operan el primer escalón funcional del Servicio de Sanidad. Estos se encargan de la instalación y operación de los puestos de socorro y de la evacuación de las bajas del frente. Estos elementos son los representantes más avanzados del Servicio de Sanidad y se puede decir que constituyen la piedra fundamental del Servicio de Sanidad en campaña.

2. Misión de la sección de sanidad

Conservar el potencial humano y el poder combativo de la unidad mediante: la aplicación de programas de medicina preventiva, evacuación, clasificación y tratamiento médico y odontológico de urgencia a fin de elevar la moral y mantener la integridad física de los miembros de la unidad.

3. Capacidades de la sección de sanidad en el puesto de socorro

- Realizar trabajos de medicina preventiva.

- Iniciar el triage (clasificación) de las bajas.
- Proporcionar atención médica y odontológica de urgencia y reanimación inicial.
- Preparar a los heridos para una adecuada y oportuna evacuación hacia la retaguardia.
- Realizar el control del medio y saneamiento ambiental.
- Mantener el registro de bajas y utilizar las tarjetas de evacuación estableciendo la prioridad de la misma.
- Planificar y ejecutar la defensa del puesto de socorro.
- Explotar recursos locales de personal, material y medios.

4. Limitaciones

- Los medios que dispone no le permite brindar apoyo por largos períodos de tiempo.
- No puede retener a los heridos, sino por tiempo limitado.
- La evacuación está sujeta a la disponibilidad de medios.

5. Organización

- La sección de sanidad, orgánicamente se compone de: un comando, una escuadra puesto de socorro, escuadras de evacuación y un núcleo de apoyo.

a. Comando

- Oficial de sanidad (médico).

1. Funciones

- Asesorar y mantener contacto con el comandante del batallón para enterarse de la situación táctica y de los planes futuros.

- Preparar el plan de empleo de la sección de sanidad basado en el plan de operaciones del batallón.

- Reconocer lugares para posibles instalaciones del puesto de socorro.
- Supervisar la instalación y operación del puesto de socorro.
- Mantener informado al comandante de la situación y hacer recomendaciones adecuadas y oportunas.
- Coordinar la evacuación de heridos con el II escalón de sanidad.
- Realizar coordinaciones con las autoridades de salud del área.
- Planificar, ejecutar y supervisar la instrucción de primeros auxilios en el batallón.

b. Escuadra puesto de socorro

- Médico militar o civil. 1
- Odontólogo militar o civil. 1
- Enfermeros militares y personal auxiliar civil. 4

1. Funciones

- Instalar y operar el puesto de socorro.
- Recibir, clasificar y registrar a los heridos, enfermos y lesionados provenientes de los nidos de heridos.
- Proporcionar tratamiento médico resucitador o de urgencia.
- Preparar la evacuación de las bajas y utilizar las tarjetas de evacuación.
- Recolectar, registrar y enviar las pertenencias de los heridos, enfermos y fallecidos.

- Enviar los partes diarios y novedades al escalón superior.

c. Escuadras de evacuación

- Médico militar o civil	1
- Enfermero militar o civil	2
- Conductor	1
- Camillero	1

1) Funciones

- Mantener contacto con los elementos de sanidad de las compañías.
- Proporcionar atención médica de primeros auxilios a los heridos y enfermos en los nidos de heridos y durante el trayecto de evacuación.
- Evacuar los heridos y enfermos desde los nidos de heridos hasta el puesto de socorro.

d. Núcleo de apoyo

- Personal militar y/o civil auxiliar
- Personal militar de saneamiento ambiental y/o Inspectores sanitarios civiles de la localidad.

1) Funciones

- Realizar actividades de medicina preventiva
- Realizar el control del medio y saneamiento ambiental.
- Proporciona abastecimientos clase II y IV de sanidad a las compañías.

6. Condiciones para la instalación del puesto de socorro

- Protección contra fuego de trayectoria directa y curva.
- Buena cobertura y encubrimiento.
- Distancia que facilite el transporte.
- Proximidad a las líneas naturales de evacuación de heridos.
- Facilitar futuros desplazamientos para el frente o para la retaguardia.
- Proximidad a los puntos de abastecimiento de agua.
- Proximidad a una red vial adecuada, tanto al frente como a la retaguardia.
- Protección contra la intemperie.
- Utilizar construcciones civiles que se las pueda utilizar como puesto de socorro.

En lo posible se debe evitar:

- Puntos críticos de terreno: puentes, pasos de camino, vados, cruces de vías y otros.
- Posiciones de tiro de artillería y de armas pesadas.
- Puntos de rearmunicionamiento y otros puntos de abastecimiento.
- Área de trenes.

7. Dependencias del puesto de socorro:

a. Recepción y registro

El puesto de socorro recibirá los heridos y enfermos evacuados del nido de heridos por sus propios medios y ambulancias u otros de circunstancia.

b. Emergencia y triage

Incluye atención médica y procedimientos que deben realizarse para mejorar las condiciones del paciente y proseguir de acuerdo a la gravedad del mismo, la cadena de evacuación.

c. Evacuación.

Una vez que se ha proporcionado al paciente las primeras atenciones, se lo prepara para la evacuación al puesto de curación y evacuación y si es considerado grave se realiza la evacuación por vía aérea, preferentemente hacia un hospital de alta complejidad.

d. Depósito de muertos.

Es la instalación de recolección de muertos, para que bienestar de personal del ejército realice los trámites de transporte y sepelio.

8. Política de evacuación

Para el puesto de socorro: máximo 24 horas.

E. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD A NIVEL BRIGADA O DIVISIÓN

1. Generalidades

- El Servicio de Sanidad militar proporciona su apoyo a las brigadas en tiempo de paz, mediante los hospitales de brigada, los cuales en tiempos de campaña pasan a constituir los hospitales de evacuación cuya operación está a responsabilidad del tercer escalón bajo el mando del director del hospital de brigada, mientras que es responsabilidad del subdirector técnico del hospital, la organización del puesto de curación y evacuación. La operación de esta instalación corre a cargo del destacamento de sanidad, constituido con personal y medios que en tiempo de paz pertenecen al hospital de brigada.
- Tomando en cuenta la división territorial, los hospitales de

división funcionan en la práctica como los hospitales de brigada en tiempos de campaña. Igualmente el subdirector técnico organiza su puesto de curación y evacuación, con personal y medios del hospital de división, mientras que el director más el personal y medios proporcionados por la Dirección de Sanidad de la F.T en coordinación con el CC. FF.AA (cuarto escalón) y por el Comando Administrativo Provincial (C.A.P), dirige el funcionamiento del hospital de evacuación.

- La planificación del puesto de curación y evacuación será realizada desde el tiempo de paz. Se hará las coordinaciones necesarias con los Comandos Administrativos Provinciales, en lo que tiene que ver con las necesidades de personal y medios; se propenderá a funcionar con los recursos humanos y materiales existentes en la zona, siendo, únicamente reforzados o implementados por especialistas y equipos médicos indispensables. Se evitará el desplazamiento no coordinado y excesivo de personal médico de la zona del interior que vienen a constituir una carga logística.

2. Misión del destacamento de sanidad

Conservar el potencial humano y el poder combativo de la unidad mediante: la aplicación de programas de medicina preventiva, evacuación, clasificación y tratamiento médico y odontológico de urgencia a fin de elevar la moral y mantener la integridad física de los miembros de la unidad.

3. Capacidades y limitaciones

- Instalar y operar un puesto de curación y evacuación, y hasta dos puestos cuando opera una subárea de apoyo administrativo.
- Proporcionar asistencia médica, odontológica y quirúrgica de urgencia.
- Evacuar las bajas de las instalaciones de sanidad del primer escalón.

- Almacenar y distribuir abastecimientos clase II y IV de sanidad.
- Preparar la evacuación de las bajas hacia las instalaciones sanitarias de retaguardia.
- Completar el orgánico con personal civil, cuando fuere necesario.
- Imposibilidad de atender en forma simultánea a un gran número de bajas.
- Imposibilidad de mantener las bajas más de 48 horas.
- Poca disponibilidad de medios aéreos y terrestres de evacuación médica.
- Escasez de personal técnico en apoyo a la evacuación.
- Dificultad para la obtención, procesamiento y almacenamiento de sangre y derivados.

4. Organización

El destacamento de sanidad se encuentra conformado por: Un comando, una sección de apoyo principal y tres o más secciones de apoyo directo de acuerdo a la distancia de apoyo y de los medios que los Comandos Administrativos Provinciales proporcionen.

a. Comando

El comandante del destacamento de sanidad será el subdirector técnico del hospital de la brigada u hospital de división.

1) Funciones

Selección de personal

- Seleccionar al personal técnico y administrativo requerido para el puesto de curación y evacuación.

- Seleccionar a conductores y camilleros.
- Seleccionar al personal médico y paramédico de los hospitales civiles que apoyarán al puesto de curación y evacuación.

Salud preventiva

- Planificar actividades de inmunizaciones y quimioprofilaxis.
- Control del medio y saneamiento ambiental a través de actividades de fumigación, control de roedores e insectos, control de enfermedades transmisibles e infecciones de transmisión sexual, en el sector de responsabilidad de la brigada o división.
- Realizar coordinaciones para el control de accidentes de todo tipo y prevención de los mismos.
- Realizar acciones de salud mental

Evacuación sanitaria

- Establecer las prioridades de evacuación mediante la clasificación de los heridos (triage)
- Supervisar la evacuación de las bajas desde los puestos de socorro hasta el puesto de curación y evacuación.
- Determinar los requerimientos de medios de evacuación (ambulancias y medios aéreos) de acuerdo al cálculo anticipado de heridos y bajas a evacuar.
- Solicitar y coordinar la evacuación de heridos desde el puesto de curación y evacuación hasta los hospitales de evacuación.
- Elaborar registros e informes de las bajas evacuadas.

Atención médica

- Supervisar la atención clínico quirúrgica de emergencia, para colocar a las bajas en condiciones de ser evacuadas.
- Constatar y supervisar la existencia de un stock de medicinas y material médico y quirúrgico indispensable, para el tiempo de empleo y el número de bajas previsto.
- Organizar de acuerdo a la extensión de la zona de acción, el número necesario de instalaciones sanitarias tipo puesto de curación y evacuación aprovechando los recursos humanos e infraestructura hospitalaria civil del sector.

b. Sección de apoyo principal

- Constituida por el personal encargado de instalar y operar el puesto de curación y evacuación.

1. Misión

Proporcionar tratamiento de resucitación avanzado con técnicas quirúrgicas y clínicas de trauma por especialidad, para poner al herido o enfermo en condiciones de evacuación sin que corra riesgo su vida.

2. Organización

Deberá estar conformada por: un comando, equipo de registro, evaluación, clasificación y reanimación, equipo quirúrgico, equipo de post operatorio, personal administrativo, dependencias.

- **Comando:** Subdirector técnico del hospital de brigada o división.

- **Equipo de registro, evaluación inicial, clasificación y reanimación.**

Médico intensivista/ emergenciólogo	1
Médico odontólogo	1
Médicos residentes	2
Ppsiquiatra o psicólogo clínico	1
Enfermeras	2
Tecnólogo de laboratorio clínico	1
Tecnólogo en rayos x	1
Auxiliar de odontología	1
Total:	10

Equipo quirúrgico:

Médico cirujano general	1
Médico traumatólogo	1
Médico anesthesiólogo	1
Médicos residentes	2
Auxiliar instrumentista	1
Enfermera quirúrgica	1
Auxiliar circulante de sala	1
Total	8

Equipo de post-operatorio:

Médicos residentes	2
Enfermeras	2
Auxiliar de enfermería	1
Total	5

Personal administrativo:

Enfermero militar (farmacia)	1
Personal de comunicaciones	2
Conscriptos (seguridad)	6
Total:	9

3) Dependencias

- La sección de apoyo principal del puesto de curación y evacuación, está constituida por las siguientes dependencias:

Emergencias
Esterilización y quirófanos
Central de enfermería
Odontología
Hospitalización
Laboratorio clínico
Rayos X
Archivo
Área administrativa
Recolección de cadáveres.
Puesto de distribución clase II y IV
Central de comunicaciones

4) Funciones

- Recibir, registrar y clasificar las bajas del primer escalón.
- Proporcionar tratamiento médico quirúrgico y odontológico de emergencia.
- Preparar a los heridos y enfermos en condiciones de ser evacuados.
- Proporcionar tratamiento psiquiátrico o psicológico.
- Ejecutar exámenes de laboratorio y Rx de emergencia.
- Reforzar los puestos de socorro cuando la situación así lo determine.
- Proporcionar personal médico para la evacuación aérea desde el sitio de combate.

c. Secciones de apoyo directo

Constituidas por el personal y los medios encargados de realizar la evacuación de las bajas desde los puestos de socorro hacia el puesto de curación y evacuación.

1) Misión

Realizar la evacuación de las bajas desde los puestos de socorro hasta el puesto de curación y evacuación, de tal forma que el paciente reciba atención adecuada y no sufra deterioro de su salud durante el trayecto.

2) Organización

Cada sección estará conformada por:

- Médico general 1
- Enfermero militar paramédico 1
- Conductor de la ambulancia 1

Total: 3

3) Funciones

- Recibir las bajas que el médico del puesto de socorro ha seleccionado para ser evacuadas, dependiendo de las características del medio de evacuación, procurando siempre no afectar las condiciones de la misma.
- Poner en ejecución el circuito de ambulancias.
- Mantener enlace con el puesto de curación y evacuación para informar el estado de las bajas durante el trayecto.
- Entregar las bajas en el puesto de curación y evacuación con la respectiva tarjeta.

4) Limitaciones

- Poca disponibilidad y malas condiciones de las vías de evacuación.
- Acceso difícil a los puestos de socorro.
- Características de los vehículos utilizados para la evacuación y mantenimiento de los mismos.

5) Circuito de ambulancias

El circuito, red o sistema de cambios de ambulancias, consiste en uno o más puestos de embarque, el cambio básico, de uno o más cambios intermedios a lo largo de las vías de evacuación, cuya finalidad es mantener siempre una ambulancia lista para la utilización en el puesto de embarque, para de esta manera evitar el congestionamiento y permitir un mejor control del flujo vehicular.

- **Puesto de embarque** (concentración de heridos), que será el punto de enlace para recibir las bajas para su traslado, deberá estar en las proximidades de los puestos de socorro.
- **Puesto de cambio básico**, será el puesto de relevo más cercano de la retaguardia, próximo al puesto de curación y evacuación en el que se estacionará el grueso de las ambulancias.
- **Puesto de cambio intermedio**, será el punto de enlace donde se estacionará una o más ambulancias, listas para ir al frente y reemplazar a la ambulancia que ha partido al próximo puesto avanzado.
- Para la localización de los cambios de ambulancias serán consideradas las siguientes características
- Cubertura y encubrimiento adecuado.
- Visibilidad sobre el camino que permita observar el paso de ambulancias.

- Alejamiento de puntos críticos y accidentes característicos del terreno.

Se determinará el número de puestos de cambio intermedio con relación a la situación, la ubicación, la distancia total del enlace, velocidad y el número de ambulancias que convenga mantener delante del cambio básico, por lo general se establecerá a una distancia de 1.500 a 3.500 metros.

a) Funcionamiento del circuito de ambulancias

- Las ambulancias recogen las bajas en el puesto de embarque (puesto de concentración de heridos) y parten hacia la retaguardia, pasan por el puesto cambio intermedio. Una vez que lleguen con las bajas al puesto de curación y evacuación regresan al puesto de cambio básico a estacionarse.
- Se aprovechará la capacidad máxima de las ambulancias, sin retardar la evacuación de los casos que precisan intervención urgente.(Figura 1-2)

b) Empleo del circuito de ambulancias en las operaciones militares

- Operaciones ofensivas

Particularmente, en el movimiento para establecer el contacto, explotación del éxito y en las operaciones de reconocimiento y seguridad, que implican grandes distancias para la evacuación, el comandante de las secciones de apoyo directo debe adoptar un proceso flexible de control de movimiento de las ambulancias, a fin de asegurar una pronta y continua evacuación de las bajas de todos los puestos de socorro. Normalmente, es establecido un

puesto de control en la vía que apoya al ataque principal o por donde se disloca el grueso de la brigada, manteniendo en éste dos o tres ambulancias y un vehículo con radio para mantener comunicación constante con el puesto de curación y evacuación, y los puestos de socorro. La mayoría de los medios permanecen junto al puesto de curación y evacuación (cambio básico) destacando algunas ambulancias en refuerzo para los puestos de socorro, Las ambulancias son dislocadas al frente en la medida que se hicieran necesarias.

- Operaciones defensivas

Debido a las distancias de apoyo son normalmente menores y las medidas de seguridad son considerables, las secciones de apoyo directo generalmente ocupan una posición próxima al puesto de curación y evacuación, el sistema de puestos de cambio, debe ser reducido al mínimo o eliminado, es decir las ambulancias parten directamente a dar apoyo desde el puesto de cambio básico.

- Movimientos retrógrados

Particularmente, durante los dislocamientos entre las posiciones de retardo, las secciones de apoyo directo deben reforzar a los elementos de combate del primer escalón, con ambulancias, teniendo en cuenta ampliar las posibilidades de evacuación de los combatientes que repliegan impidiendo que los heridos caigan en manos del enemigo.

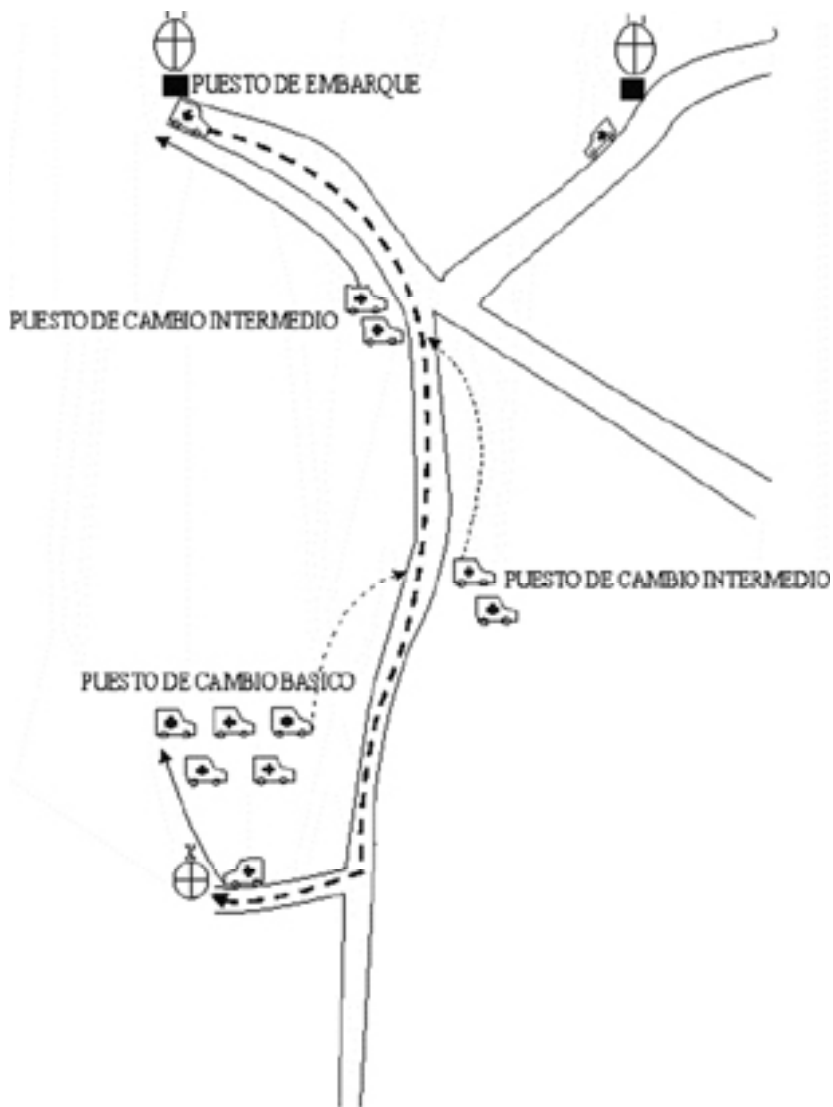


Figura N° 1-2 Circuito de Ambulancias

5. Consideraciones para la instalación y operación del puesto de curación y evacuación.

a. Condiciones para la instalación del puesto de curación y evacuación

- Se debe aprovechar la infraestructura hospitalaria del Ministerio de Salud Pública o de instituciones privadas que estén localizadas en la zona de acción, con su personal médico y paramédico disponible, más los medios de evacuación.
- De no existir estas instalaciones sanitarias se elegirá escuelas, casas comunales, es decir, construcciones permanentes que tengan los servicios básicos de agua y luz. Únicamente en casos de no existir instalaciones fijas, se utilizará carpas.
- La instalación debe estar cerca a las vías de comunicación, helipuertos, aeropuertos. El área debe ser amplia para estacionamiento de ambulancias y vehículos de abastecimiento. Es ideal la cobertura y encubrimiento.
- La instalación del puesto de curación y evacuación debe encontrarse en el área de apoyo logístico de la brigada/ división o cerca de ella.

b. Sector de desdoblamiento del puesto de curación y evacuación

- Constituye el espacio físico, donde se dispone adecuadamente todas las instalaciones, para quedar en condiciones de dar apoyo de sanidad a las unidades de la brigada/ división a la que pertenece, en determinada situación de combate.
- El puesto de curación y evacuación se considera desdoblado cuando sus instalaciones logísticas de apoyo: puesto de distribución clase II y IV, sección de apoyo principal, apoyo administrativo, secciones de apoyo directo, están dispuestas en el terreno y en condiciones de empleo, así como las comunicaciones establecidas.

- El desdoblamiento será total, cuando todas las instalaciones están desembarcadas, dispuestas en el terreno, las ambulancias en los locales determinados para los cambios y todo en pleno funcionamiento. Será parcial cuando la mayoría o una parte de las instalaciones estuvieran sobre ruedas.
- El comandante del destacamento es el responsable por el desdoblamiento de su unidad, el mismo que se basará en:
 - Conocimiento de la maniobra de la brigada / división
 - Necesidades y disponibilidades de sanidad
 - Reconocimientos continuos
 - Medidas de seguridad.

c. Normas de operación del puesto de curación y evacuación

- Las bajas evacuadas desde el puesto de socorro llegan al puesto de curación y evacuación, en ambulancias y vehículos de abastecimientos, cuando hay disponibilidad se utilizará el medio aéreo.
- Después de ser admitidos, se realiza una cuidadosa clasificación, encaminando a las bajas a las dependencias correspondientes.
- El equipo de dotación individual, deberá ser retirado y quedará a cargo del personal del área administrativa.
- Cada baja deberá llegar con su ficha o tarjeta de evacuación perfectamente visible, de no existir se confeccionara otra.
- Los heridos leves luego de ser atendidos y recuperados, son retornados a sus unidades con su respectiva dotación individual.

d. Política de evacuación

- Una vez que se ha proporcionado las primeras atenciones, incluidas las intervenciones quirúrgicas en los pacientes que las necesitaron, las bajas pueden permanecer en estas dependencias por un máximo de **cuarenta y ocho horas**.

FACTORES A SER CONSIDERADOS PARA LA UBICACIÓN DEL PCE

MANIOBRA	TERRENO	SEGURIDAD	SITUACIÓN DE SANIDAD
<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo a elementos de maniobra. - Apoyo al esfuerzo principal. - No interferencia con la maniobra. - Apoyo a la maniobra como un todo. - Distancia máxima de apoyo (60kms) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprovechamiento de la red de caminos. - Aprovechamiento de construcciones. - Existencias de abrigos y cubiertas. - Responsabilidad territorial. 	<p>Del flujo de apoyo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distancia de apoyo. - Puntos críticos u obstáculos. - Posibilidad de actuación del enemigo. - Proximidad y situación de flancos. <p>De las instalaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de dispersión. - Posibilidad de apoyo mutuo. - Facilidad para la defensa. - Situación de flancos. - Distancia de seguridad. - Posibilidad de la tropa amiga. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad de transporte. - Localización del HDE. - Responsabilidad de evacuación. - Vías de evacuación. - Vías de abastecimientos. - Evacuación aeromédica. - Disponibilidad de bancos de sangre. - Posibilidades de explotación de recursos locales. - Otras instalaciones sanitarias situadas en el área. - Situación de las reservas y dotaciones orgánicas.

F. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD A NIVEL EJÉRCITO

1. Generalidades

- El Servicio de Sanidad proporciona su apoyo con el tercer escalón, a nivel ejército, mediante la hospitalización y evacuación para la atención óptima de los heridos y enfermos, producto de las acciones en campaña.
- El término hospitalización se usa para abarcar aquella parte de la atención de salud proporcionada en hospitales, basados en todas las categorías de pacientes, cuyas condiciones no pueden controlarse en instalaciones de menor complejidad.

2. Organización del tercer escalón.

- La Dirección de Sanidad del Ejército en coordinación con la Dirección de Sanidad del CC.FF.AA, el Ministerio de Salud Pública y el Comando Administrativo Provincial organizará los hospitales de evacuación con personal médico, paramédico y administrativo en la zona de operaciones, de acuerdo a la situación existente y a una previa planificación. Se explotará los recursos de sanidad de la zona, si las instalaciones, personal y medios de la Fuerza Terrestre no son suficientes. Estas instalaciones militares y civiles recibirán las bajas, evacuadas desde los puestos de socorro, puestos de curación y evacuación, y de otras instalaciones de salud de menor complejidad.

3. Hospitales de evacuación

Serán materializados por:

- Hospitales de brigada y de división, éstos últimos con características de mayor complejidad, funcionarán en las mismas condiciones y capacidades tanto en tiempo de paz, como en tiempo de guerra.
- Hospitales civiles, operados con personal y medios propios, e inclusive instalaciones de salud privadas que estén en condiciones de apoyar a la sanidad militar.

a. Misión del hospital de evacuación

- Proveer hospitalización para las bajas provenientes de los puestos de socorro, puestos de curación y evacuación y demás instalaciones de salud militares y civiles, proporcionando tratamiento médico quirúrgico y de rehabilitación en general, para restablecer la salud de los heridos y enfermos.

b. Responsabilidades del hospital de evacuación

- Realizar los cálculos de bajas del primer día de operaciones y días subsiguientes para prever: necesidad de medios de evacuación, medicinas, equipos especiales, pintas de sangre e insumos médicos.
- Recibir las bajas y verificar las tarjetas de evacuación y hojas de transferencia elaboradas por el escalón de atención inferior.
- Evaluar la situación de las bajas (triage), abrir la historia clínica correspondiente y determinar a que especialidades deben ser referidos los pacientes.
- Preparar la evacuación de los heridos y enfermos que requieran atención en otro hospital de mayor complejidad.
- Proporcionar tratamiento médico y odontológico.
- Realizar exámenes complementarios de diagnóstico de emergencia.
- Designar al personal médico, paramédico y camilleros que realizarán la evacuación.
- Controlar y supervisar que el evacuado sea transferido en las mejores condiciones para garantizar su vida.
- Reforzar con personal y medios al destacamento de sanidad.
- Llenar un registro de ingresos y egresos de los pacientes evacuados, en el que constarán apellidos y nombres, edad, diagnósticos y tipo sanguíneo.

- Coordinar la evacuación aeromédica de los pacientes que lo requieran.
- Solicitar al escalón logístico el requerimiento de camas e insumos que permitan óptima atención médica.
- Dar parte al escalón superior del número de pacientes a evacuarse y de su traslado en ambulancias.
- Los directores de los hospitales de evacuación realizarán coordinaciones horizontales y verticales a fin de optimizar el apoyo de sanidad.
- En caso de defunción recoger las prendas y tramitar su envío a bienestar de personal de la brigada o división.
- Elaborar el acta de defunción e informar al escalón superior.
- Elaborar el plan para establecer el circuito de ambulancias.

c. Características del hospital de evacuación

- Capacidad : 50 a 100 camas.
- Dependencia : Ejército.
- Ubicación : Idealmente no debe sobrepasar los 120Km. de los puestos de curación y evacuación.

d. Políticas de hospitalización

- Para los hospitales de evacuación, las fijará el Ejército en coordinación con la Dirección de Sanidad, de acuerdo al número de bajas, inicialmente con el cálculo anticipado de pérdidas en los primeros 15 días; posteriormente basándose en los índices reales de necesidad de camas, factores de altas, tasas de permanencia, recuperación y dispersión.

- La política de evacuación ideal es no sobrepasar los 6 días de hospitalización a fin de evitar el congestionamiento de bajas.

G. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD DEL CUARTO ESCALÓN

1. Generalidades

- El apoyo del Servicio de Sanidad del cuarto escalón, se realiza a través del Hospital General de Fuerzas Armadas.

2. Misión

- Proporcionar atención médica y quirúrgica especializada, de alta complejidad, a las bajas provenientes de todas las instalaciones sanitarias de las Fuerzas Terrestre, Naval y Aérea.

3. Capacidades

- El Hospital General de las Fuerzas Armadas constituye el cuarto y último escalón del Servicio de Sanidad en campaña. Es el centro hospitalario de mayor capacidad, dotado de óptima infraestructura, con el equipamiento más completo disponible, con recursos humanos altamente calificados y recursos materiales suficientes, para realizar todo tipo de diagnósticos y tratamientos en las diferentes áreas clínicas y quirúrgicas, a fin de salvar la vida y facilitar la recuperación de los heridos y enfermos, incorporándolos en el menor tiempo posible a sus actividades habituales, cuenta con una suficiente de hospitalización, además puede proporcionar personal y medios a los hospitales de evacuación.

4. Organización

- De acuerdo al orgánico del Hospital General de las Fuerzas Armadas en vigencia.

5. Políticas de hospitalización

- La fijará el Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas en coordinación con la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Armadas.
- Es ideal que no pase de los 60 días.
- Las bajas recuperadas entrarán al canal de reemplazos, si se requiere más tiempo para su rehabilitación, irán a centros de convalecientes.

6. Responsabilidades

- Recibir las bajas y verificar las tarjetas de evacuación y hojas de transferencia elaboradas por el escalón inferior.
- Evaluar la situación de las bajas (triage), abrir la historia clínica y determinar a que especialidades deben ser transferidos los pacientes.
- Proporcionar tratamiento médico quirúrgico y odontológico de especialidad.
- Realizar exámenes complementarios de especialidad.
- Determinar mediante la junta de médicos militares el grado de discapacidad del personal herido en combate.
- Determinar mediante junta de médicos los casos graves que deban ser evacuados a hospitales del extranjero para tratamientos especiales.
- Establecer programas de rehabilitación para el personal que presente discapacidad.

CAPÍTULO III

EVACUACIÓN EN EL TEATRO DE OPERACIONES

A. GENERALIDADES

- La evacuación de bajas constituye una de las funciones importantes del Servicio de Sanidad, no es un simple transporte de pacientes, mas bien es una operación en la que se articula todo el sistema del Servicio de Sanidad, de modo que permita la llegada de las bajas a las instalaciones sanitarias dentro de los plazos establecidos y en las mejores condiciones posibles.
- En la zona de operaciones existe dificultad para la ejecución de la evacuación debido al flujo de tropas y abastecimientos.
- La evacuación está sujeta a las imposiciones del terreno, a las condiciones meteorológicas, medios disponibles y a las actividades del enemigo.

B. DEFINICIONES

1. Evacuación médica.

Es un proceso técnico que se encarga del traslado oportuno y eficiente de los heridos y enfermos desde el frente, hasta las instalaciones sanitarias que se encuentran en la retaguardia.

2. Cadena de evacuación.

Consiste en el escalonamiento de las instalaciones sanitarias en el Teatro de Operaciones con organización y funciones de menor a mayor complejidad.

3. Clasificación médica (triage).

Es el procedimiento médico que permite clasificar a los heridos y enfermos de acuerdo a su gravedad, estableciendo además las prioridades de atención y evacuación a las instalaciones sanitarias de mayor complejidad.

4. Política de evacuación

La política de evacuación indica en número de días el período máximo que los pacientes pueden retenerse dentro de una instalación para su tratamiento. Esta política la establece el Comandante del Ejército de Operaciones con la asesoría del Director de Sanidad de la Fuerza.

C. JUSTIFICACIÓN PARA LA EVACUACIÓN

- Pérdida de la eficiencia combativa.
- Posibilidades de consecuencias serias para la integridad física o psíquica del combatiente de no ser evacuado.

D. PRINCIPIOS DE EVACUACIÓN

- Los heridos y enfermos no serán evacuados más allá de lo que su condición física lo requiera o la situación táctica lo permita.
- Se evitará los efectos perjudiciales causados por la falta de evacuación, teniendo en cuenta el aspecto de la moral y las dificultades ocasionadas por la concentración de heridos.
- Los casos individuales se subordinarán siempre al interés colectivo.
- Ningún escalón del Servicio de Sanidad será el encargado de la evacuación hacia retaguardia, utilizando sus propios medios.
- La clasificación de las bajas será realizada en todos los escalones, las mismas que serán preparadas para la evacuación. Recibirán tratamiento y cuidado durante el transcurso de la misma.
- Se seleccionará el medio de evacuación (terrestre, aéreo o fluvial) más adecuado para disminuir el tiempo empleado y de esta manera reducir la morbilidad y mortalidad.

- Cualquier duda en la evacuación se decidirá a favor del paciente.
- La existencia de heridas o enfermedad, no será un factor determinante en la evacuación, a no ser que ésta sea de tal gravedad que incapacite o deje secuelas importantes.
- La eliminación de algún paso en la cadena de evacuación no altera los principios, sino que más bien utiliza el mejor medio disponible en beneficio del enfermo o herido.

E. FUNCIONAMIENTO DE LA CADENA DE EVACUACIÓN.

- La evacuación se inicia en el lugar en el cual el herido o enfermo es atendido, por auto-auxilio, por sus compañeros o por el enfermero de la compañía, y llega, ya sea por sus propios medios o transportado por los camilleros al puesto de socorro.
- En el puesto de socorro se realizará la primera clasificación, curaciones de emergencia y otros procedimientos para mejorar las condiciones del paciente y proseguir de acuerdo a la gravedad la cadena de evacuación hacia el puesto de curación y evacuación.
- En el puesto de curación y evacuación se procederá a la segunda clasificación y los que precisan ser evacuados, serán transferidos al hospital de evacuación y los recuperados a la unidad de reemplazos.
- En el hospital de evacuación serán recibidos los pacientes de los puestos de socorro y puestos de curación y evacuación para recibir tratamiento clínico quirúrgico de acuerdo a su nivel; los recuperados serán devueltos a la unidad de reemplazos y los que requieran atención de especialidad y subespecialidad serán transferidos al Hospital General de las Fuerzas Armadas.

- El Hospital General de las Fuerzas Armadas dará atención de especialidad y rehabilitación a pacientes transferidos desde los hospitales de evacuación.

F. LIMITACIONES DE LA EVACUACIÓN

- La mayoría de bajas requerirán de un cuidado y tratamiento individualizado en todas las instalaciones de la cadena de evacuación.
- La imposibilidad de la llegada de las ambulancias o vehículos hasta los lugares en donde se encuentran las bajas, determinará que la evacuación se realice a pie.
- Las características geográficas impondrán la ubicación de las instalaciones sanitarias del primer escalón, lejos del frente y más cerca de las instalaciones del segundo y tercer escalón respectivamente.
- Será difícil el empleo de helicópteros por limitaciones meteorológicas, la dificultad de operar en la noche y la falta de superioridad aérea.
- La acción del enemigo y los requerimientos de combate producirá demora en las solicitudes de evacuación.

G. NORMAS PARA LA CLASIFICACIÓN MÉDICA DE LAS BAJAS.

- El oficial de sanidad adoptará una filosofía de tratamiento distinta a la que se aplica en tiempo de paz, la clasificación la hará de acuerdo a la cantidad de bajas, a la condición de los pacientes y a la capacidad del escalón de sanidad.
- El personal médico que realiza la clasificación determinará: el número y ubicación de las bajas por categorías, su diagnóstico y posibilidad de tratamiento, prioridad de atención y necesidad de evacuación.
- De acuerdo a la condición, gravedad de las bajas y tipo de tratamiento a realizar (clínico, quirúrgico u otro), se establecerá la carga de trabajo de las instalaciones de sanidad.

- La clasificación (triage) establecerá las siguientes prioridades:
 - Los que necesitan reanimación inmediata.
 - Los que necesitan cirugía de emergencia.
 - Los que pueden esperar.

1. Identificación de las bajas

- Para la identificación de las bajas se utilizará tarjetas de colores que determinarán la gravedad de la lesión y la prioridad para la evacuación y atención del paciente.
- En las tarjetas de acuerdo a la clasificación se anotará: nombres, apellidos, edad, sexo, lugar de origen, tipo de sangre, diagnóstico y tratamiento inicial.
- Las tarjetas de colores aceptadas internacionalmente son las siguientes:

a. Tarjeta roja (primera prioridad)

Se considerará bajas de cuidados inmediatos, que requieren evacuación y atención médica urgente, ya que por la gravedad de sus lesiones pueden perder la vida. En esta categoría se incluirá los pacientes con las siguientes lesiones:

Insuficiencia respiratoria.
Shock hipovolémico.
Trauma craneoencefálico grave.
Coma y alteraciones de la conciencia.
Perforaciones torácicas o abdominales.
Fracturas complicadas
Quemaduras complicadas

b. Tarjeta amarilla (segunda prioridad).

Se considerará pacientes de cuidados intermedios, quienes presenten lesiones graves. En esta categoría se incluirán:

- Heridas de tórax sin dificultad respiratoria.
- Trauma craneoencefálico moderado.
- Heridas de cualquier región sin signos de shock.
- Hemorragias que pueden detenerse con vendaje.
- Quemaduras de segundo grado del 10% al 20%.
- Quemaduras de tercer grado entre el 2% y el 9%.

c. Tarjeta verde (tercera prioridad).

- En esta categoría se incluirá los siguientes heridos o enfermos con:
- Heridas menores
- Quemaduras de segundo grado menores al 10%. de superficie corporal
- Quemaduras de primer grado.
- Trauma craneoencefálico leve.
- Pacientes psiquiátricos.
- Otras lesiones o enfermedades leves.

d. Tarjeta negra (corresponde a fallecidos).

Se incluirá en esta categoría las bajas sin pulso o sin respiración, o cuyas lesiones hicieran imposibles las medidas de resucitación, en cuyo caso deberá tomarse la posibilidad de muerte aparente.

H. PRIORIDAD DE EVACUACIÓN

La movilización de los heridos y enfermos, se realizará en el siguiente orden:

- Los pacientes con tarjeta roja serán transferidos en helicópteros, y sólo a falta de estos en ambulancias terrestres a los puestos de curación y evacuación, a los hospitales de evacuación o al Hospital General de las Fuerzas Armadas.

- Los pacientes con tarjeta amarilla serán transferidos en ambulancias terrestres, y si existe disponibilidad en helicópteros, a los puestos de curación y evacuación, hospitales de evacuación o al Hospital General de las Fuerzas Armadas.
- Los pacientes con tarjeta verde serán transferidos en ambulancias terrestres hacia los puestos de curación y evacuación u hospitales de evacuación.
- Los portadores de tarjeta negra previo el parte respectivo, quedarán a responsabilidad de la Dirección de Bienestar del Ejército.

I. POLÍTICAS Y MEDIOS DE EVACUACIÓN

- Las políticas de evacuación de los enfermos y heridos del personal de la FT en el Teatro de Operaciones, estarán determinadas en el plan de campaña y se ejecutarán en los niveles correspondientes de acuerdo a los planes establecidos.
- Las políticas establecerán el número máximo de días que los pacientes pueden permanecer en una instalación de salud para su tratamiento.
- Se establecerán analizando la naturaleza de las operaciones, el número y tipo de pacientes así como los medios de evacuación disponibles.
- Las políticas de evacuación se modificarán de acuerdo a las necesidades, a la situación táctica, al terreno y a las condiciones meteorológicas.
- Los enfermos y heridos serán evacuados por los siguientes medios:
 - Sus propios recursos
 - Equipo de camilleros
 - Ambulancias terrestres
 - Vehículos acondicionados para la evacuación.
 - Aviones o helicópteros.
 - Lanchas.

J. TIPOS DE EVACUACIÓN

1. Evacuación de superficie

a. Evacuación terrestre

- Se realizará en ambulancias. Eventualmente, se utilizará vehículos de abastecimientos o acondicionados para este fin.
- La evacuación se realizará de preferencia en el día.
- La circulación de las ambulancias dependerá de la disponibilidad de carreteras de primero y segundo orden y las condiciones meteorológicas.
- El comandante del reparto de sanidad será el encargado de establecer la prioridad para la evacuación médica de enfermos y heridos, los mismos que serán sometidos a una rigurosa clasificación con relación a las características del transporte.
- El comandante realizará un reconocimiento terrestre de los itinerarios a ser utilizados para apoyar a cada una de las instalaciones sanitarias del primer escalón, para tener conocimiento de las vías y características del terreno, para planificar, facilitar y regular los movimientos de las ambulancias.
- Basándose en la información relacionada con distancias, destrucciones, posibles obstrucciones, se determinará las velocidades horarias de acuerdo a las características de las vías.
- El resultado del reconocimiento se registrará en el documento "Informe de reconocimiento de itinerarios".
- En el caso de no ser posible un reconocimiento en el terreno por la premura del tiempo el estudio se realizará en la carta.
- "El Plan de Circuito de Ambulancias" contendrá los mismos párrafos que cualquier plan, omitiéndose los ítems o subpárrafos que no sean necesarios. El plan transformado en orden será emitido con la anticipación suficiente para expedir las órdenes

respectivas y concluir los preparativos para el empleo de la sección de sanidad encargada de la evacuación.

- Será necesario seleccionar las vías de evacuación de acuerdo a:
 - La disponibilidad de vías.
 - Las características de los caminos.
 - Densidad del tráfico en las vías disponibles.
 - Proximidad de accidentes del terreno.
 - Proximidad de instalaciones.
 - Cobertura y encubrimiento.

b. Evacuación marítima y fluvial

- En la región selvática se utilizará canoas, lanchas a motor, deslizadores de rápida movilidad para evacuar a los pacientes hacia instalaciones de salud ubicadas en la retaguardia de la Zona de Operaciones.
- En caso de realizarse evacuación marítima, se efectuará empleando medios navales o navíos adaptados, de acuerdo a lo que dice el convenio de Ginebra

2. Evacuación aérea.

La evacuación aeromédica, es un sistema con normas, procedimientos y medios que proporcionan una transportación aérea de las bajas que requieren una supervisión médica adecuada durante el vuelo, además se constituye en la más apta por la rapidez de transporte hacia las instalaciones sanitarias.

a. Finalidades

- Contribuir al cumplimiento de uno de los principios básicos del Servicio de Sanidad en las operaciones militares, que es el de recuperar el mayor número de bajas en el menor tiempo.

- Aumentar la movilidad de las tropas en combate, por la retirada rápida de las bajas de la línea del frente, mejorando con eso la eficiencia del personal combatiente (factor moral) sin perturbar el flujo de tropas y abastecimientos.
- Permitir una centralización en la recolección de las bajas, facilitando, la concentración del esfuerzo del Servicio de Sanidad en el TO.

b. Ventajas

- Disminuye el tiempo de evacuación y posibilita un tratamiento precoz y eficiente.
- En general ningún otro medio de transporte ofrece al paciente más comodidad que el aéreo.
- Con la clasificación y selección adecuada de las bajas la evacuación aérea ofrece excelentes condiciones de seguridad desde el punto de vista médico.
- Facilita la evacuación desde lugares imposibles por otros medios.
- Aumenta la flexibilidad, por la posibilidad de disponibilidad más rápida de camas.
- Reduce el personal y los abastecimientos de sanidad en áreas avanzadas.
- Permite el aprovechamiento de medios aéreos que regresan del frente.

c. Desventajas

- Sensible a las condiciones meteorológicas.
- Necesita de superioridad aérea para la seguridad.
- No todos los pacientes pueden ser transportados por éste medio, a no ser en vuelos de baja altura o en aviones con cabina presurizada.

d. Prioridad para la evacuación

La necesidad de evacuación aérea de ciertos pacientes que tienen mayor urgencia que otros, determina que sean clasificadas las bajas, de tal manera que cuando hubiere disponibilidad restringida de aeronaves, los casos más urgentes serán evacuados primero.

Según la prioridad la evacuación puede ser:

Urgente: Cuando las bajas deben ser evacuadas inmediatamente como medida salvadora.

Prioritaria: Cuando las bajas deben ser evacuadas dentro del plazo de 6 horas.

Rutinaria: Cuando las bajas pueden aguardar un vuelo regular para ser evacuadas (nunca más de 72 horas)

e. Clasificación de las bajas

Prácticamente no existen contraindicaciones formales para la evacuación de las bajas, principalmente por el advenimiento de aeronaves presurizadas, sin embargo es importante clasificarlas conforme a la mayor o menor asistencia médica durante el vuelo.

Tipo 1: Bajas que necesitan la presencia del médico.

Tipo 2: Bajas que necesitan la presencia del personal de enfermeros especializados.

Tipo 3: Bajas que no necesitan de los cuidados del personal de sanidad.

K. ESTIMATIVA DE BAJAS Y CÁLCULO DE MEDIOS DE EVACUACIÓN

1. Pérdida

Se entiende por pérdida de personal cualquier reducción del efectivo existente en una unidad.

Estas pérdidas resultan de:

- Acción del enemigo
- Enfermedades.
- Accidentes.
- Movimiento del personal.

La proporción de la ocurrencia de las pérdidas varía: con el T.O, el clima, terreno, estado físico de la tropa, instrucción, la naturaleza de la actividad, el enemigo y otros.

2. Tipos de pérdidas

a. Pérdidas de combate (pc)

Son todas las personas que han dejado de prestar sus servicios temporal o permanentemente, siempre que éstas pérdidas hayan ocurrido como resultado directo del combate con el enemigo.

Las pérdidas de combate se agrupan en:

- Muertos: En acción, a consecuencia de heridas o accidentes de combate.
- Heridos o accidentados en combate.
- Desaparecidos en combate.
- Capturados por el enemigo.

b. Pérdidas no de combate (pnc)

Son todas las personas que han muerto, desaparecido o han sido evacuadas, con la condición de que dicha pérdida no sea el resultado del combate.

Se incluyen:

- Muertos fuera de combate.
- Desaparecidos fuera de combate.
- Enfermos, heridos, o accidentados fuera de combate.
- Heridos o lesionados auto inflingidos.

3. Estimativas de bajas en la zona de operaciones

a. Generalidades

- La estimativa de bajas se realiza para prever su recuperación, en previsión para el completamiento y por las repercusiones logísticas que implica.
- El Servicio de Sanidad realiza esta estimativa en su estudio de situación, para la previsión de los medios de evacuación.
- En el escalón ejército las estimativas podrán ser hechas para corto plazo (5 días) o largo plazo (15 días). En la brigada la estimativa es para corto plazo.
- La estimativa para corto plazo está en función del efectivo existente en la unidad más los refuerzos recibidos, cuando fuere el caso del coeficiente de pérdidas diarias expresado en porcentajes.
- Naturalmente estos coeficientes, variarán en función de la localización de la brigada, la naturaleza del combate, el terreno y las condiciones meteorológicas.
- Incluirá también la experiencia del combate y la moral de la tropa.

b. Método de estimativa de bajas y medios de evacuación

Se debe realizar lo siguiente:

- Número de bajas a evacuar de los puestos de socorro a los puestos de curación y evacuación.
- Número de bajas a evacuar de los puestos de curación y evacuación al hospital de evacuación.
- Medios (ambulancias) para evacuar de los puestos de socorro al puesto de curación y evacuación.
- Medios (ambulancias) para evacuar de los puestos de curación y evacuación al hospital de evacuación

Datos doctrinarios para el cálculo:

- Situación táctica: Ataque o Defensa.
- Pérdidas de combate: 1er día y sucesivos (tabla).
- Pérdidas fuera de combate (tabla).
- Bajas de combate: 70% de las p. de combate.(tabla)
- Intransportables: 12% de las b. de combate.
- Recuperados: en el puesto de curación y evacuación corresponden al 1/3 de las p.fuera de combate.

Fórmulas:

- Bajas por evacuar del ps al pce
BX Eva = b. combate + bf. combate.
- Bajas por evacuar del pce al he.
BX Eva= (b. comb.- intrans.) + (b.f. comb-recup)

Medios de evacuación.

$$M = \frac{P \times 2 \times D}{N \times V \times T}$$

M= Medios (número de ambulancias)

P = Pérdidas a evacuar.

T = Tiempo de trabajo de las ambulancias por día.

D = Distancia media a ser recorrida por las ambulancias.

N = Número de pacientes transportados en las ambulancias.

V = Velocidad de las ambulancias.

c. Ejemplo

Considerando una brigada de infantería con un efectivo de 5.247 hombres que efectuará un ataque a una posición sumariamente organizada en su primer día de operaciones.

El primer paso será levantar los datos básicos de las tablas existentes, luego consultar las tablas de pérdidas de personal.

Datos del problema:

- Efectivo de Brigada 5.247.
- Brigada en ataque a posición sumariamente organizada.
- Pérdidas de combate (primer día) 3,8% (tabla).
- Pérdidas fuera de combate (primer día) 0,3% (tabla).
- Bajas de combate (heridos) 70% de las pérdidas fuera de combate.
- Intransportables 12% de las bajas de combate.
- Distancia media del ps al pce: 8 Km.
- Capacidad de las ambulancias: 6 pacientes.
- Tiempo de trabajo de las ambulancias: 8 horas.
- Velocidad de las ambulancias: 15 Km.
- Efectivo empeñado en el primer escalón: 60%

Desarrollo:

Ambulancias necesarias para evacuar desde el ps al pce.

- Pérdidas de combate = 60% del efectivo X coeficiente

$$5247 \times 0,6 = 3149$$

$$3149 \times 3,8\% = 120$$

- Pérdidas fuera de combate = 60% del efectivo X coeficiente.

$$3149 \times 0,3\% = 10$$

- Bajas de combate = Pérdida de combate X coeficiente.

$$120 \times 70\% = 84$$

- Bajas por evacuar = bajas de comb + bajas fuera de comb

$$84 + 10 = 94$$

$$\text{AMBULANCIAS} = \frac{P \times 2 \times D}{N \times V \times T}$$

P = Total a evacuar.

D = Distancia del ps- pce: 8 Km.

N = Número de pacientes transportados en las ambulancias:
6

V = Velocidad media: 15 Km./ H

T = Tiempo de trabajo de las ambulancias: 8 Km.

$$A = \frac{94 \times 2 \times 8}{6 \times 15 \times 8} = 3$$

Ambulancias necesarias para la evacuación: 3

FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS PORCENTAJES DE PERDIDAS DE COMBATE Y NO DE COMBATE

FACTOR	PERDIDAS DE COMBATE	PERDIDAS NO DE COMBATE
Ubicación	<p>Porcentaje más elevado: Unidades de primera línea. Porcentajes disminuyen: Del frente a la retaguardia. En la actualidad aumentarán los porcentajes en base al uso de nuevas armas.</p>	<p>Ocurren dónde quiera.</p>
Tipo de operación	<p>Ataque a una posición defensiva: El primer día es el más costoso. Defensa: Hay aumento de capturados y desaparecidos.</p>	<p>No son afectados por los tipos de operaciones</p>
Carácter del enemigo	<p>Afecta al porcentaje por: su equipo, organización, capacidades, habilidad y tenacidad. Enemigos diferentes tienen capacidades diferentes</p>	<p>No se afectan</p>
Terreno	<p>No son afectados directamente por el terreno</p>	<p>No influyen considerablemente</p>

CONTINUACIÓN

FACTOR	PERDIDAS DE COMBATE	PERDIDAS NO DE COMBATE
Condiciones meteorológicas	El mal tiempo: Reduce el porcentaje por la disminución de la actividad combativa. La visibilidad escasa: reduce el porcentaje de muertos y heridos, pero aumenta el de capturados y desaparecidos.	Son más afectados: Aumenta el porcentaje de enfermedades respiratorias en la estación húmeda y regiones muy frías. En los climas tropicales: Aumenta el porcentaje de enfermedades infecciosas.
Experiencia de combate condiciones de adiestramiento y moral de las tropas	Tiene un porcentaje menor que las unidades expuestas recientemente al combate. Tropas que física y mentalmente están preparadas, tienen menor número de bajas.	Cuando las condiciones físicas y mentales son muy bajas, su porcentaje es mucho mayor.
Duración del combate	Porcentajes mayores: Ocorre en soldados expuestos continuamente y durante períodos prolongados al combate.	Contribuyen el agotamiento físico-mental, debido a períodos extensos de combate.
Sanidad	Auto auxilio: Disminuye el porcentaje de muertos.	Reduce el porcentaje por: medicina preventiva, saneamiento ambiental.

COEFICIENTE DE PERDIDAS DIARIAS EN PORCENTAJE DEL EFECTIVO

1	2		3		4		5		6		7		8		9		10		
	Naturaleza General de la Operación																		
	Brigada en Línea				Brigada en Reserva				D.E										
P.C		P.N.C		Total		P.C		P.N.C		Total		P.C		P.N.C		Total			
%(1)																			
Acción de Cobertura y Seguridad	0,9	0,3	1,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,3	0,1	0,1	0,4					
ATAQUE																			
Posición fortificada 1er. día.	6,3	0,3	6,6	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,7	0,1	0,1	0,8					
Ídem. demás días.	3,2	0,3	3,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,7	0,5	0,1	0,1	0,6					
Posición organizada 1er. día.	5,0	0,3	5,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,7	0,6	0,1	0,1	0,7					
Ídem. demás días.	2,5	0,3	2,8	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,5	0,1	0,1	0,6					
Pos sumariamente organiza 1er. día.	3,8	0,3	4,1	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,7	0,5	0,1	0,1	0,6					
Ídem. demás días.	1,9	0,3	2,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,4	0,1	0,1	0,5					
DEFENSA																			
Posición fortificada 1er. día.	3,2	0,3	3,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,7	0,5	0,1	0,1	0,6					
Ídem. demás días.	1,6	0,3	1,9	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,4	0,1	0,1	0,5					
Posición organizada 1er. día.	2,5	0,3	2,8	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,5	0,1	0,1	0,6					
Pos sumariamente organiza 1er. día.	1,9	0,3	2,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,4	0,1	0,1	0,5					
Ídem. demás días.	1,0	0,3	1,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,6	0,3	0,1	0,1	0,4					

CONTINUACIÓN

Naturaleza General de la Operación	Brigada en Línea			Brigada en Reserva			D.E	
	P.C	P.N.C	Total	P.C	P.N.C	Total	P.C	P.N.C
	%(1)			%(1)			%(1)	
Marcha para el comb-aprov éxito.	1,3	0,3	1,6	0,3	0,3	0,6	0,3	0,1
Movimientos retrógrados.	0,7	0,3	1,0	0,3	0,3	0,6	0,3	0,1
Situación inactiva. (2)	0,5	0,3	0,8	0,3	0,3	0,6	0,2	0,1
Zona de reunión. (3)				0,3	0,3	0,6	0,3	0,1

OBSERVACIONES: (1) Los porcentajes serán aplicados sobre el efectivo existente.

(2) Fuerzas en contacto sin que las fuerzas estén atacando o cuando una fuerza estuviera en posición y existiera una fuerza interpuesta en relación al enemigo.

(3) En el caso de la brigada corresponde cualquier situación.

CAPÍTULO IV

EL SERVICIO DE SANIDAD EN OPERACIONES.

A. GENERALIDADES

El Servicio de Sanidad de la Fuerza Terrestre está en condiciones de proporcionar apoyo de sanidad a los diferentes tipos de operaciones que pueda realizar la Fuerza como son: movimiento para establecer contacto, operaciones ofensivas, operaciones defensivas, movimientos retrógrados, operaciones en selva, operaciones en áreas urbanas y las operaciones de defensa interna.

En todas éstas operaciones se abordará el empleo del Servicio de Sanidad en el primero y segundo escalones, en los que el apoyo puede modificarse de acuerdo a la situación táctica. El empleo del servicio en el tercero y cuarto escalones ya han sido descritos en el Capítulo II y no son modificados por el tipo de operaciones que se realicen.

B. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD EN EL MOVIMIENTO PARA ESTABLECER CONTACTO

1. Generalidades

- El movimiento para establecer el contacto es una operación destinada a establecer el contacto con el enemigo, o a restablecerlo cuando éste se ha perdido.
- El movimiento para establecer el contacto presenta como característica dominante la rapidez, descentralización, la falta de certeza sobre el desenvolvimiento de las operaciones, evolución rápida y alargamiento en profundidad del dispositivo, hace por tanto que el funcionamiento del Servicio de Sanidad se adapte a estas circunstancias operacionales.

2. Características generales para la planificación

- Las unidades de apoyo de servicio de combate son localizadas para proporcionar el apoyo necesario, sin interferencia de los movimientos tácticos.
- La seguridad es una consideración importante.
- Requiere una cuidadosa planificación.
- Frecuentemente es realizada en la noche o durante períodos de reducida visibilidad.

3. Repercusiones para el apoyo de sanidad.

- Descentralización de los medios.
- Desdoblamiento mínimo, evitando hacerlo prematuramente.
- Instalaciones improvisadas y en condiciones de dislocarse fácilmente.
- Alargamiento progresivo del apoyo de sanidad.

4. Empleo del Servicio de Sanidad del primer escalón

- Las secciones de sanidad continúan proporcionando el apoyo a sus unidades, para lo cual asignan el personal suficiente tanto para la fuerza de vanguardia, fuerza de flanguardia y a la fuerza de retaguardia. Frente a la rapidez de la acción, el puesto de socorro desdobra parcialmente sus medios, para posteriormente ser atendido por el segundo escalón de sanidad.
- Cuando se acerca la retaguardia de una columna se van cerrando los puestos de reunión de enfermos, una ambulancia marchará cerca de la zaga de la columna para ir recogiendo al personal de los puestos cerrados.

5. Empleo del Servicio de Sanidad del segundo escalón

- El destacamento de sanidad instala y opera un puesto de curación y evacuación para apoyar el movimiento.
- Las ambulancias de la sección de apoyo directo realizan la evacuación de los enfermos y heridos desde los puestos de reunión de heridos hasta el puesto de curación y evacuación.
- En el puesto de curación y evacuación, las bajas serán atendidas y de ser necesario evacuadas al hospital de evacuación.
- Para apoyar una marcha de gran distancia, el destacamento de sanidad desdoblara el puesto de curación y evacuación en dos instalaciones, una al inicio del movimiento para apoyar hasta cierta etapa de la marcha y otra que será instalado al final del movimiento, cuando la primera ya no tiene condiciones de apoyo.
- La evacuación aeromédica tiene prioridad en este tipo de apoyo, puesto que evita el desdoblamiento del segundo escalón y permite con mayor rapidez la evacuación.

C. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD EN LA OFENSIVA

1. Generalidades

Las operaciones ofensivas son ejecutadas para obligar al enemigo a la batalla y buscar el cumplimiento de una de las siguientes finalidades:

- Aclarar la situación.
- Derrotar al enemigo.
- Conquistar áreas o puntos en el terreno.
- Privar al enemigo de los recursos esenciales.
- Desviar la atención del enemigo de otras áreas.

2. Consideraciones que influyen en el plan de sanidad

- Tipo de maniobra a ser apoyada, con prioridad el ataque principal.

- Previsión del número de bajas, medios de evacuación y el área donde se prevea el mayor número de bajas.
- Medios disponibles para la atención y evacuación.
- Vías de evacuación.
- Terreno.
- Condiciones meteorológicas.

3. Repercusiones para el apoyo de sanidad.

- Centralización de los medios para obtener un mejor aprovechamiento de los mismos.
- Si es necesario el desdoblamiento, se debe mantener la mayoría de los medios en dirección del esfuerzo principal.
- Conservación de medios en la reserva para tener continuidad en el apoyo.
- Dispositivo cerrado al frente, evitando grandes dislocamientos.
- Prever los medios y abastecimientos necesarios, incluida sangre y sus derivados para atender a un aumento de bajas en un menor tiempo.

4. Normas para el apoyo

- Las instalaciones de sanidad serán localizadas lo más al frente posible como lo permitan las acciones, favoreciendo su optimización en sus posiciones iniciales, esto permitirá economizar tiempo y medios de evacuación.
- La movilidad de las instalaciones de sanidad debe ser mantenida en lo posible.
- Necesidad de un mayor número de ambulancias disponibles, ubicadas escalonadamente y lo más al frente posible.

- Los elementos del Servicio de Sanidad de todos los escalones obtendrán la dotación máxima posible de material de sanidad antes del inicio de las operaciones.
- El comandante del destacamento de sanidad realizará la distribución de las secciones de apoyo directo a las unidades empeñadas
- Se debe establecer puntos de recolección de bajas, a lo largo del eje de progresión en las situaciones de rápido movimiento.

5. Limitaciones para la atención médica

- Mayor flujo de bajas.
- Mayor índice de gravedad de los heridos.
- Menor tiempo de atención por individuo.
- Necesidad de colocar en condiciones de evacuación a todas las bajas en corto plazo.
- Necesidad de mayor apoyo del escalón superior en determinados momentos de las operaciones.

6. Empleo del Servicio de Sanidad del primer escalón

- Los enfermeros de las compañías o escuadrones acompañan a su respectivo reparto antes del inicio del ataque y permanecen con ellos durante la progresión del mismo.
- El empleo de la escuadra de camilleros puede ser modificado, según la evolución de la operación.
- Si se mantiene en reserva elementos del batallón, deberá mantenerse en proporción una reserva de elementos de sanidad.

7. Empleo del Servicio de Sanidad del segundo escalón

- El puesto de curación y evacuación se despliega lo más al frente posible.
- Las secciones de apoyo directo coordinarán con las instalaciones del primer escalón antes de que se inicie la operación.

- Puede requerirse dos puestos de curación y evacuación, si el frente es sobreextendido.
- Es necesario la previsión de medios de evacuación antes del inicio de la operación.

8. Apoyo del Servicio de Sanidad en las maniobras ofensivas

a. Ataque frontal

- En esta forma de maniobra, la fuerza utiliza todas las vías existentes para atacar al enemigo a lo largo del frente.
- Esto trae como consecuencia la necesidad de empleo de las ambulancias por varias vías de evacuación, es decir, se impone el establecimiento de varios circuitos de ambulancias.

b. Penetración

- De todas las maniobras ofensivas la penetración es donde se prevé se produzcan el mayor número de pérdidas, por ello el apoyo de sanidad será lo más cerrado posible y la extensión de las vías de evacuación serán relativamente cortas.
- La tendencia de montar y mantener grandes instalaciones, para atender al elevado número de bajas, no será aconsejable, ya que si la penetración tiene éxito ésta evolucionará rápidamente para el aprovechamiento del éxito y la persecución, lo que obligará al Servicio de Sanidad al desdoblamiento de los medios tan cerrados al frente como sea posible.

c. Envolvimiento

- Normalmente el número de bajas no será muy elevado, debido al rápido movimiento en el inicio de la operación. Las ambulancias serán escalonadas lo más al frente posible para que se realice la evacuación de la forma más rápida sin interferir en el combate.

- Las instalaciones del Servicio de Sanidad estarán tan al frente como lo permita el combate y la seguridad.
- Los elementos de sanidad empleados en apoyo a la operación, en un principio no deberán atender a los prisioneros de guerra o personal civil.
- La coordinación de los diferentes escalones de sanidad será constante para una adecuada evacuación de las bajas.

d. Rodeo

- En el desarrollo de la acción no se espera gran número de bajas, pero la evacuación será más eficiente si se emplea la evacuación aérea.
- Debido a que la maniobra se adentra profundamente en el territorio enemigo, la falta de seguridad de las vías, obligará a que la evacuación médica y los abastecimientos se realicen en convoyes esporádicos.

D. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD A LAS OPERACIONES DEFENSIVAS

1. Generalidades

La defensa es una forma básica de combate en la cual la finalidad es impedir o destruir un ataque enemigo. El objetivo general del combate defensivo es ganar tiempo, mientras se desarrollan condiciones más favorables para desarrollar la ofensiva; o para economizar fuerzas en algún frente con el propósito de concentrar fuerzas superiores para una decisión en otra parte.

2. Consideraciones que influirán en el plan de sanidad

- Tipo de maniobra a ser apoyada.
- Distancia de apoyo.

- Mayor rendimiento de los medios.
- Previsión para apoyar los contraataques.
- Medios disponibles para la atención y evacuación.

3. Repercusiones para el apoyo de sanidad.

- Máxima centralización que permita apoyar desde un solo sitio a toda la maniobra.
- Máximo desdoblamiento de los medios.
- Necesidad de mayor seguridad, principalmente, contra la artillería y medios aéreos enemigos.
- Medios en la reserva para mantener la flexibilidad del apoyo.
- Mayor necesidad de brindar apoyo al área de seguridad y al área de resistencia.
- Mayor distancia de apoyo entre los escalones.
- Menor número de bajas, excepto en los contraataques.
- Las bajas ocurren en áreas bien definidas.

4. Normas para el apoyo

- La distancia desde la línea principal de resistencia, hasta el puesto de curación y evacuación será mayor y el despliegue de las instalaciones se lo realizará a lo largo del eje de evacuación.
- La ubicación de las instalaciones debe tener mayor cobertura y encubrimiento.
- Las instalaciones deben desplegarse tempranamente, permitiendo el funcionamiento de todas las dependencias.

5. Empleo del Servicio de Sanidad del primer escalón.

- Las unidades que ocupan posiciones defensivas y bajo el fuego enemigo, tienen poca movilidad, lo cual permite un mayor grado de organización y una oportuna evacuación, debido a que las bajas ocurrirán en áreas bien definidas.
- Cada compañía o escuadrón lleva su enfermero, Los elementos de la escuadra de evacuación no deben ser desplegados prematuramente, sino cuando la dirección del ataque enemigo llega a ser claramente determinada.
- El puesto de socorro se ubica un poco más hacia la retaguardia en relación con el ataque. Sin embargo, el terreno y otras consideraciones pueden modificar su ubicación. El área exacta se determina por las características de la posición defensiva del batallón.

6. Empleo del Servicio de Sanidad del segundo escalón.

- La ubicación del puesto de curación y evacuación, dependerá de la profundidad, de la ubicación de la unidad apoyada, así como del terreno y vías de evacuación.
- Generalmente debe estar situado en la retaguardia de la reserva, para evitar ser sorprendido por las penetraciones en la posición defensiva.
- Se establecerá contacto temprano con los puestos de socorro, y se emplearán todos los medios disponibles para mantenerlo.
- El comandante de la sección de apoyo directo, tiene que efectuar el reconocimiento de las vías y seleccionar las que ofrezcan mayores ventajas en cuanto a protección y facilidad para la evacuación.
- En la apreciación de la situación de sanidad se determinará el número de ambulancias necesarias para apoyar a los puesto de socorro.
- La evacuación en lo posible se la realiza durante el día e idealmente por medios aéreos.

7. Apoyo del Servicio de Sanidad en la defensa en posición

a. Apoyo a las fuerzas de seguridad

- Es proporcionado por el destacamento de sanidad de la brigada que recibe la misión de apoyar a los puestos avanzados generales.
- El apoyo será centralizado.
- Se dará apoyo desde una sola área de desdoblamiento dentro del área de resistencia, si es posible.
- El apoyo puede variar desde ambulancias puestas en refuerzo, hasta la instalación de un puesto de curación y evacuación al frente, fuera del sector del destacamento con la debida seguridad, para lo cual se debe tomar en cuenta los siguientes factores:
 - Valor de la tropa a apoyar.
 - Profundidad del área de seguridad
 - Duración de la misión
 - Terreno

b. Apoyo a las fuerzas en el área de resistencia

- Apoyo lo más cerrado posible guardando la distancia de seguridad.
- El destacamento de sanidad instala un puesto de curación y evacuación, en el A.A.A, de la brigada.
- Todos los medios del puesto de curación y evacuación, se mantendrán centralizados.

c. Apoyo a las fuerzas en el área de reserva

- El destacamento de sanidad proporciona el apoyo desde las instalaciones del puesto de curación y evacuación.

8. Apoyo del Servicio de Sanidad en la defensa móvil

- La defensa móvil es la operación en la cual el comandante emplea un mínimo de fuerzas desdobladas al frente, y se da prioridad al empleo de fuerzas móviles para destruir al enemigo.
- El apoyo de sanidad será proporcionado por el destacamento de sanidad de la brigada, manteniendo elementos de reserva con la capacidad de aumentar el apoyo a las unidades empleadas en el esfuerzo principal, en función de su efectivo y movilidad. Es común la necesidad de que proporcione refuerzos el escalón de sanidad a nivel Ejército en medios de evacuación.

E. APOYO DEL SERVICIO SANIDAD EN LOS MOVIMIENTOS RETRÓGRADOS

1. Generalidades

- En los movimientos retrógrados, los factores tiempo y espacio son características predominantes y es por ello que se requiere una planificación cuidadosa y una perfecta ejecución del apoyo de sanidad.
- El sigilo es una de las imposiciones de la acción, las tropas e instalaciones de sanidad se dislocan simultáneamente para la retaguardia.

2. Factores a considerar en la planificación del apoyo

- Tiempo disponible, que constituye el factor crítico: a menor tiempo, mayor requerimiento de medios de evacuación.
- El número de heridos varía en razón directa de la acción del enemigo y la influencia del terreno. Considerar siempre un elevado número de heridos.
- Se debe dar prioridad a la evacuación del personal y a la circulación de las ambulancias. La red de caminos, las condiciones meteorológicas y la posibilidad de evacuación aérea son factores que deben ser también considerados.

- El abandono de heridos dependerá en casos extremos de la decisión del comandante.
- La localización y evacuación de las instalaciones de sanidad, se hará en forma sucesiva del frente a la retaguardia.
- Reducción del personal de sanidad al mínimo en la instalación por abandonarse, facilitando su rápido dislocamiento.

3. Organización para el apoyo

- Depende del grado de centralización prevista para el apoyo a la maniobra y de los plazos estimados.
- Los medios deben ser desdoblados de tal forma que permitan su economía, un mayor rendimiento y eficiencia en el apoyo prestado bajo condiciones que caracterizan a estos movimientos.
- Se debe procurar mantener la centralización de medios.

4. Consideraciones para el apoyo

- La planificación dependerá del esquema de maniobra, de los medios disponibles y plazos determinados.
- Realizar previamente un reconocimiento detallado para localizar las instalaciones sanitarias a lo largo de los itinerarios.
- Efectuar la evacuación rápida y progresiva de la mayor parte de las instalaciones, para evitar que interfieran en el movimiento de las tropas.
- Previsión de puntos de reunión de enfermos y heridos a lo largo de los itinerarios de repliegue.
- Reducción del flujo de abastecimientos hacia el frente, al mínimo indispensable.
- Reducción del personal al mínimo en la instalación por abandonarse, facilitando su rápido dislocamiento.

5. Repercusiones para el apoyo

- Planificación centralizada y ejecución descentralizada.
- Las instalaciones son prontamente desplazadas hacia atrás y se debe mantener una política de evacuación normal.
- La planificación es flexible, con desdoblamiento mínimo de los medios que permitan el cambio rápido de las instalaciones.
- El alargamiento inicial de las distancias de apoyo, crea problemas de seguridad del flujo y de las propias instalaciones, lo cual repercute en la descentralización inicial.
- Ejecutar y mantener medidas para conseguir el máximo de seguridad y secreto en la evacuación, para evitar que las columnas de evacuación se tornen blanco del enemigo.

6. Normas para el apoyo

- Los camilleros y las ambulancias pueden reforzar a los elementos del primer escalón, especialmente a los que apoyan a las fuerzas de cobertura.
- Los elementos de sanidad, serán sucesivamente escalonados hacia la retaguardia, en posiciones alternas.
- Mantener control sobre las rutas de repliegue.
- La evacuación por el escalón superior es indispensable para mantener la movilidad.
- Los heridos serán clasificados y se priorizará su evacuación en las ambulancias.
- Se deberá mantener ambulancias para los elementos dejados en contacto.

F. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD EN LAS OPERACIONES DE SELVA

1. Generalidades

- Las áreas de la selva se caracterizan por una pequeña densidad demográfica, bajo o ningún desarrollo económico y cultural, condiciones de vida precaria y escasez de vías.
- Los animales de carga y el propio hombre se constituyen en los medios más eficaces de transporte terrestre por la selva, cuando existen los cursos de agua navegables se constituyen en excelentes vías de transporte.
- Los procedimientos establecidos para el apoyo de sanidad son los previstos para las operaciones en condiciones regulares, sin embargo, las características especiales de las acciones de selva, crean la necesidad de otros métodos para el apoyo de sanidad.
- El apoyo de sanidad en la selva, está condicionado a un conjunto de circunstancias tales como: condiciones del medio y características específicas del Servicio de Sanidad.

2. Consideraciones básicas que influyen en el apoyo de sanidad.

- Las grandes distancias entre las instalaciones, exigen un aumento orgánico y modificaciones en la organización del apoyo de sanidad.
- Las políticas de evacuación para las instalaciones sanitarias en selva se ven alteradas por la situación táctica cambiante.
- Prioridad de apoyo de sanidad a las patrullas de combate, fuerza de incursión y de emboscadas.
- Planificación centralizada con ejecución descentralizada.
- Desdoblamiento de los medios de sanidad para operar pequeñas instalaciones de reanimación con un mínimo de medios.

- Máxima utilización de los medios aéreos para la evacuación.
- Incentivar la preparación en el auto-auxilio y en el prestado por el compañero de arma.
- Imposición de un alto patrón de inmunización para enfermedades tropicales.
- Medidas de control para saneamiento ambiental.
- Instrucción de combate en selva para todos los elementos de sanidad.
- Empleo de camilleros utilizando a los nativos de la zona.
- Máxima explotación de los recursos locales.

3. Empleo del Servicio de Sanidad del primer escalón

- Cuando opera el batallón de selva, éste se encuentra descentralizado, a tal punto que no es posible establecer un puesto de socorro, por esto la sección de sanidad debe desdoblarse para dar apoyo al batallón, si bien este desdoblamiento limitará las capacidades de la misma.
- El terreno selvático proporciona cobertura y encubrimiento, lo cual permite emplear al personal de sanidad con las instalaciones propias de su escalón, lo más cerca posible de los combatientes.
- Se establecerá puntos de reunión de heridos, y relevo de camilleros.
- Se establecerá puestos de socorro con capacidad de proporcionar reanimación y estabilización de los heridos.
- Se aprovechará las vías de abastecimiento para la evacuación de los heridos.
- Con el comandante de la unidad se coordinarán los siguientes aspectos importantes:

- Organizar una cadena de puntos de relevo de camilleros, que permita la evacuación de un mayor número de heridos.
 - Establecer puntos de reunión de heridos en contacto con los elementos de maniobra.
 - Asignar fuerzas de seguridad para la protección de los puestos de socorro y puntos de reunión de heridos.
- En los puntos de recolección se encontrarán elementos de la sección de apoyo directo que clasificarán a las bajas y coordinarán con el escalón superior para la evacuación aeromédica.
 - Los enfermeros de las compañías estarán entrenados para actuar como paramédicos.
 - Se implementará equipos de apoyo de salud mental.

4. Empleo del Servicio de Sanidad del segundo escalón

- Las características propias de la selva, determinan que las vías existentes sean limitadas y éstas se reduzcan a picas, senderos, ríos, por lo que la utilización del medio aéreo constituye una alternativa importante.
- El destacamento de sanidad, dependiendo de la situación táctica y de las operaciones que se lleven a cabo, considerará para el apoyo a las unidades de selva, núcleos de reanimación tan cerca como la situación táctica y el terreno lo permitan, idealmente cerca de helipuertos.
- Por esto el comandante del destacamento en su planificación como primera tarea y la más importante, deberá llevar a cabo un reconocimiento completo del terreno en donde él tiene la responsabilidad de apoyar. A esto añadirá las condiciones

meteorológicas, medios de transporte, disponibilidad de personal adecuadamente capacitado y la misión táctica a cumplir.

El medio más apropiado de evacuación en la selva será el helicóptero.

5. Evacuación

- La evacuación de enfermos y heridos en camilla se considera una tarea sobrehumana, cuando es realizado a través de la selva.
- La evacuación aeromédica a partir del sitio donde el combatiente fue herido casi siempre es impracticable, por la imposibilidad de vencer el obstáculo impuesto por la vegetación.
- La atención de los heridos deberá ser realizada lo más próximo del sitio donde se encuentran los mismos.
- El herido una vez socorrido será llevado a locales donde pueda ser recogido por helicópteros, caso contrario serán utilizadas embarcaciones fluviales.
- Debido a las características de la selva, las ambulancias terrestres deben ser sustituidas por el empleo de lanchas ambulancias para el apoyo del primero, e inclusive el segundo escalón, o por otro medio que facilite la evacuación.
- Generalmente, se llevará a cabo la evacuación a lo largo de las rutas de abastecimiento, las cuales estarán adecuadamente protegidas.
- La evacuación de las bajas mediante camillas, es una tarea lenta y agotadora y usualmente se requiere de balsas, acémilas, camilleros o una combinación de éstos.

G. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD A LAS OPERACIONES DE DEFENSA INTERNA

1. Generalidades

Las actividades y funciones del Servicio de Sanidad son esencialmente las mismas que para las operaciones o acciones de la guerra regular. Sin embargo las grandes distancias entre las unidades, la diversidad de las misiones, la limitada protección de las instalaciones de sanidad, de las vías de evacuación, así como la posible necesidad de la explotación de los recursos locales, hará necesario que se realice modificaciones en los métodos o procedimientos a ser empleados por el Servicio de Sanidad.

El apoyo de sanidad en estas operaciones debe ser flexible y acorde a las operaciones.

2. Organización

- El apoyo de sanidad a la brigada en operaciones de Defensa Interna, se realiza desde el destacamento de sanidad.
- Las unidades al nivel de batallón serán apoyadas por las secciones de sanidad.
- La organización del destacamento de sanidad puede variar según la situación táctica y la disposición de las unidades de combate, apoyo de combate, apoyo de servicio de combate orgánicas y agregadas de la brigada.

3. Planificación

- Se requiere planificación detallada.
- Establecimiento de procedimientos particulares del Servicio de Sanidad para la evacuación.

- Uso máximo de los medios de transporte aéreo para la evacuación y abastecimiento de sanidad.

4. Repercusión para el Servicio de Sanidad

- Establecimiento de pequeñas instalaciones para tratamiento clínico y quirúrgico de urgencia en las bases de combate de los escalones más bajos.
- Se debe incentivar la confianza en el auto-auxilio y en el prestado por el compañero.
- Apoyo de sanidad a todo tipo de patrullas.
- Máximo empleo de la evacuación aérea a horario y a pedido.
- Instrucción adecuada a los elementos de sanidad para operar pequeñas instalaciones de socorro con un mínimo de medios.
- Severa imposición de un alto patrón de higiene para las fuerzas que operan en el sector.
- Preparación de médicos y elementos de sanidad en operaciones de movimiento aéreo.
- Prestar apoyo a las bajas civiles del área y utilización de los recursos locales con orden.
- Incremento de las capacidades quirúrgicas en todos los escalones.
- Es deseable obtener y mantener gran flexibilidad en el uso de los medios disponibles.
- En principio, el destacamento de sanidad actúa desde el hospital de brigada o división.

5. Dificultades para el apoyo

- Grandes distancias entre las instalaciones donde se debe dar apoyo.
- Empleo de pequeñas unidades en áreas por donde sería imposible la evacuación por tierra.
- La vulnerabilidad de las rutas terrestres y fluviales de evacuación a la acción enemiga.

6 .Repercusiones logísticas

a. Transporte

Se debe considerar tres condiciones: Grandes distancias, falta de seguridad de las vías de abastecimientos y malas condiciones de la red disponible.

En vista de estas tres condiciones, deben ser tomadas las siguientes providencias:

- Intensificar la instrucción de combate para todos los elementos de sanidad, particularmente en el empleo de armas portátiles.
- Mantener los vehículos de evacuación médica con hombres armados.
- Intensificar el reconocimiento de itinerarios.

b. Abastecimientos

- Considerar que la captura de abastecimientos de sanidad por el enemigo es triplemente perjudicial: se deja de utilizarlos, obliga a una restitución no prevista y permite el aprovechamiento por parte del enemigo.
- En las instalaciones más distantes se deberá mantener un nivel de seguridad de abastecimientos para evitar situaciones críticas.

- Es deseable que se establezca lo más pronto posible los coeficientes de consumo con el fin de facilitar el planeamiento de los pedidos y las actividades de abastecimientos.
- Cuando sea posible y necesario los abastecimientos deben ser llevados a los escalones más bajos a través de medios aéreos.

c. Mantenimiento

- En cuanto al mantenimiento se puede decir que las normas generales continúan válidas para este tipo de operaciones. La mayor atención debe ser dada al mantenimiento orgánico. Deben ser empleados con frecuencia equipos destacados para este fin, utilizando todos los medios disponibles.

7. Seguridad

- Debe darse énfasis a la instrucción del personal de Sanidad en el uso del armamento individual, en el combate cuerpo a cuerpo, en el combate nocturno y en el empleo de los medios de comunicación.
- El aumento de la vigilancia, el mejoramiento de las condiciones de defensa de las instalaciones de Sanidad, deberá ser alcanzado a toda costa, así como implementar un mayor control del uso y empleo de medidas para evitar el abandono de abastecimientos de Sanidad, que puedan ser útiles para el enemigo.
- La evacuación de las bajas por vía terrestre deberá contar con medios de protección, particularmente cuando el movimiento se realiza por donde se prevé presencia de enemigo.

H. APOYO DEL SERVICIO DE SANIDAD A LAS OPERACIONES MILITARES EN ÁREAS URBANIZADAS

1. Generalidades

Las operaciones militares en áreas urbanizadas, son aquellas acciones militares planificadas y conducidas en un terreno

donde las construcciones artificiales influyen en las opciones tácticas del comandante.

Se caracterizan además por combates cercanos, limitados campos de tiro, limitada observación del movimiento de los vehículos y la dificultad de control de las tropas.

El área urbanizada se caracteriza por presentar cantidad considerable de escombros, posiciones de combate fortificadas construidas, y el aislamiento a todos los elementos de combate, apoyo de combate, apoyo de servicio de combate y particularmente a los elementos de sanidad.

Para la planificación de sanidad se debe tomar en cuenta la necesidad de entrenar, preparar y equipar al personal para que se desempeñe en este ambiente.

La misión de los elementos de sanidad incluirá la localización, tratamiento y evacuación de heridos de bajo, en y sobre el nivel del terreno y la aplicación de medidas de control de la población civil son esenciales para su protección.

2. Repercusiones para el Servicio de Sanidad

- Las operaciones militares conducidas en áreas urbanizadas repercuten en forma significativa tanto en la frecuencia como en los tipos de enfermedades y heridas experimentadas.
- La población civil puede experimentar índices crecientes de enfermedades, así como el apareamiento de otras enfermedades menos comunes, como un resultado directo de las condiciones medio ambientales impuestas por las operaciones militares. Las defensas humanas contra todas las enfermedades endémicas están de hecho reducidas por:
 - Pérdida de las condiciones de higiene.
 - Ansiedad- depresión, estrés postraumático.

- Carencia de agua y alimentos.
 - Exposición al medio ambiente.
- Se debe considerar la posibilidad de introducción deliberada de enfermedades infecciosas a través del agua, comida, aerosoles, humanos portadores, o material contaminado por parte de algunos adversarios.
 - La destrucción de estructuras facilita la multiplicación de roedores y brinda la proliferación de artrópodos. Entre los factores que se combinan para promover la expansión rápida de los roedores y de las poblaciones de artrópodos y de enfermedades que ellos transmiten incluyen:
 - Interrupción de los sistemas de agua y alcantarillado.
 - Alteración en la recolección de basura.
 - Alteración de los servicios de cuidado de la salud.
 - Presencia de carroña.
 - Daño en el almacenamiento de la comida y medios de preparación.
 - Heridas secundarias por proyectiles serán comunes debido a la abundancia de vidrio, metal y piedra.
 - Los derrumbamientos de edificaciones producirán numerosas lesiones por aplastamiento.
 - Un incremento potencial de quemaduras y lesiones por inhalación.

a. Equipamiento del personal de sanidad

Es esencial en este tipo de operaciones que los elementos de sanidad tengan la capacidad para la extracción y evacuación de heridos de sobre y bajo del nivel del terreno. Para lo cual requieren del siguiente material:

- Hachas, palancas para penetrar a través de barreras y otros.
- Equipo para la recuperación segura y rápida de las personas dentro de cráteres, sótanos, alcantarillas, cloacas y subterráneos.

Las víctimas pueden ser extraídas debajo de los escombros y ruinas.

- Fluidos intravenosos y equipos de venoclisis en cantidades adicionales para tratar el aumento de heridas y lesiones traumáticas que se anticipan. Para el efecto los soldados individualmente pueden llevar estos fluidos para acelerar su disponibilidad y acortar el tiempo entre la ocurrencia de la herida o lesión y la iniciación del reemplazo del volumen vascular, reduciendo de esta manera el peso y la cantidad de suministros médicos llevados por los equipos médicos.
- Ambulancias aéreas equipadas con una grúa de rescate que permita evacuar las víctimas de los tejados de edificios, o poder introducir el personal médico y los suministros necesarios.
- Comunicaciones eficaces, ya que enfrentan muchos obstáculos durante éstas operaciones. Las líneas de vista de las radios no son eficaces y los soldados normalmente no tendrán acceso al equipo de radio. El uso de formas alternativas de comunicaciones, como marcadores, tableros o prendas apropiadas que pueden ser desplegadas por los soldados heridos o lesionados para su localización deben ser considerados en todo momento.

b. Evacuación médica

- La evacuación médica en el ambiente de las operaciones militares en áreas urbanizadas es un esfuerzo laborioso, debido a los escombros, ruinas, barricadas y carreteras destruidas, mucho del esfuerzo de la evacuación debe ser logrado en forma manual o por equipos de camilleros. Cuando esto ocurre, debe establecerse un sistema de transporte de ambulancias o un transporte de camilleros.
- Puntos de recolección de heridos debe establecerse en áreas relativamente seguras y accesibles tanto para las ambulancias de tierra como para las aéreas. Estos puntos deben ofrecer:

- Cubertura del fuego enemigo.
- Estar localizados tan lejos como la situación táctica lo permita.
- Estar claramente identificados por una característica evidente (natural o artificial).
- Estar bien separados de los depósitos de combustibles y munición, parque automotor, fuerzas de la reserva, u otros blancos lucrativos para el enemigo, así como de instalaciones civiles peligrosas como estaciones de gas o fábricas de químicos.
- Permitir el retorno rápido de ambulancias y otros vehículos de tierra.

3. Atención al personal civil y refugiados

- En su mayoría y de ser posible las bajas civiles deben ser tratadas por personal médico y medios locales. Las lesiones producidas a la población civil pueden ser causadas por acción directa (estar bajo fuego cruzado) o por acción indirecta (derrumbamiento de una estructura debilitada por la acción militar). En cualquier caso, la asistencia humanitaria puede ser requerida para realizar procedimientos de salvamento. Una vez estabilizados, estos pacientes se transfieren a una unidad de salud local. El oficial de sanidad debe considerar las siguientes necesidades en su planificación:
 - Apoyo logístico adicional.
 - Niveles de abastecimientos más altos que los niveles de suministros médicos normales.
 - Equipo médico adicional.
 - Aumento del personal paramédico.
 - Aumento o refuerzo de los recursos médicos desplegados.

- El número de refugiados puede aumentar rápidamente como las operaciones progresen.
- Cuando existe un gran número de refugiados, el apoyo sanitario tanto para la población civil como para la militar llegarán a ser difíciles. Esto es debido a la potencial superpoblación en las instalaciones, la falta de medios sanitarios suficientes, y el incremento de requerimientos de agua potable y alimentos.
- Se debe realizar la coordinación con la infraestructura médica local para proporcionar servicios de salud para la población de refugiados.
- Es necesario asegurar que el nivel de apoyo de sanidad de combate no sea disminuido por las bajas civiles o por la situación de los refugiados.
- Las consideraciones específicas de la planificación incluyen:
 - Estimar el número de pacientes y tipos de lesiones.
 - Recursos para atender emergencias pediátricas, obstétricas, ginecológicas y cuidado geriátrico.
 - La densidad de la población en el área de operaciones.
 - La situación y disponibilidad de material de sanidad clase II y IV.
 - La situación de los campamentos de refugiados o áreas de contención y prever el tiempo de la permanencia en el área.
 - La situación y disponibilidad de agua potable.
 - Las enfermedades endémicas y el manejo de epidemias.
 - Duración de la operación y hora del día en la cual se iniciación (como a medianoche cuando la mayoría de las personas están dentro de sus casas o a las 0700 cuando las personas están saliendo para el trabajo).
 - La situación y disponibilidad de alimentos o clase I

CAPÍTULO V

SERVICIOS DE APOYO DE SANIDAD

A. SERVICIO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

- Son todos los procedimientos y medidas para mejorar la eficiencia de una unidad, al reducir el contacto del soldado con enfermedades y otros peligros ambientales. Estos servicios es proporcionado por todos los escalones de sanidad.
- El apoyo de saneamiento ambiental es proporcionado por personal orgánico de la unidad de sanidad respectiva, previa coordinación con el escalón de sanidad superior.
- El apoyo de saneamiento ambiental, siempre deberá realizarse en coordinación con las autoridades de salud locales.
- Difundir medidas de saneamiento ambiental mediante publicaciones periódicas, que contribuyan a mejorar las condiciones de salud del personal militar.

1. Campos de acción del servicio de saneamiento ambiental

- Control de enfermedades cuyos vectores son los insectos, artrópodos y roedores.
- Control de enfermedades transmitidas por el agua.
- Control de enfermedades transmitidas por los alimentos.
- Supervisión de las actividades de inmunización y profilaxis.
- Educación de la tropa en lo referente a las prácticas higiénicas apropiadas y al adiestramiento de grupos para el saneamiento en campaña.

- Asesoramiento técnico sobre la selección y preparación de sitios de vivaque, áreas de acantonamiento, campos de refugiados y recintos para prisioneros de guerra.
- Vigilancia de los ambientes militares en general para detectar e identificar peligros para la salud (ruidos, gases tóxicos, climas extremos).

B. SERVICIO DE TRANSFUSIÓN DE SANGRE

1. Generalidades.

El servicio de transfusión de sangre en el Teatro de Operaciones, es la fracción del Servicio de Sanidad especialmente dotado de personal especializado, instruido y equipado para atender las necesidades de sangre y derivados a ser empleados en los casos quirúrgicos que exijan esa modalidad terapéutica.

2. Misión.

El servicio de transfusión de sangre proporcionará apoyo en sangre y derivados al personal de la Fuerza Terrestre, y de ser posible a las demás fuerzas y hospitales civiles del área.

3. Principios básicos.

- La sangre total será reservada para el uso del Servicio de Sanidad en el T.O. y debe estar disponible para las instalaciones más avanzadas, tales como los puestos de curación y evacuación y hospital de evacuación.
- La sangre debe ser segura de no poseer HIV, HEPATITIS y SÍFILIS.
- La sangre total deberá ser exclusivamente del tipo "O" conservada con un plazo de 21 días después de su obtención.
- La sangre debe gozar del privilegio de poseer la más alta prioridad para el transporte.

4. Funciones.

a. Obtención

La sangre deberá ser obtenida de donantes voluntarios de las unidades, de los bancos de sangre de la localidad y en ocasiones especiales de donantes voluntarios civiles.

b. Procesamiento y almacenamiento

A nivel del cuarto escalón con una capacidad de procesamiento y almacenamiento de 250 litros por día.

c. Distribución

En la Z.O. la distribución de la sangre total está a cargo de la sección de apoyo principal del destacamento de sanidad

d. Cálculos de pintas de sangre.

$$N. \text{ Pintas} = \frac{B.C \times 250}{400} + \text{Intransp}$$

BC = Bajas de combate.

250 = Constante

Intransp = Intransportables

400 = Pinta de sangre sin anticoagulante.

C. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA.

1. Generalidades.

El servicio de psiquiatría en el T.O. es el equipo de salud mental especialmente dotado de personal instruido y equipado para prevenir, preparar psicológicamente y atender bajas psiquiátricas dentro de un determinado plazo.

2. Misión

Conservación del potencial humano en las mejores condiciones psicológicas y psiquiátricas, antes, durante y después de las operaciones, así como asegurar el pronto retorno a los canales de reemplazos, sea para las funciones de combate, o de servicios en la retaguardia, de los casos psiquiátricos considerados recuperables y que su reincorporación no constituya peligro propio y para sus compañeros.

3. Principios básicos

Los principios básicos que rigen a los casos psiquiátricos en los diferentes escalones del Servicio de Sanidad, en el T.O, son los siguientes:

- Tratamiento tan al frente cuanto sea posible de acuerdo al diagnóstico de cada paciente.
- Descentralización de recursos.
- Clasificación rápida, rigurosa y evacuación oportuna.
- Evitar ambiente de hospital.

4. Responsabilidades generales

- Organizar charlas que permitan prevenir situaciones de estrés que afecten la salud mental de la tropa.
- Organizar equipos de salud mental.

5. Servicio de Psiquiatría en las unidades.-

- Los casos psiquiátricos son evacuados inicialmente para el puesto de socorro de las unidades, donde podrán ser recuperados en un gran número, los casos que exigen

tratamiento más prolongado, serán evacuados para la retaguardia.

- El médico de la unidad al decidir sobre la retención o evacuación debe considerar:
 - Posibilidad de sedación inicial.
 - Potencial peligro para el paciente, el personal médico y la influencia sobre los compañeros.
 - Clasificación rigurosa.
 - Retención por 24 horas para reposo.
- Con las consideraciones descritas se obtiene el retorno a la zona de combate de aproximadamente del 60% de los individuos que se presentan en los puestos de socorro como casos psiquiátricos. Caso contrario, si tales casos no fueren evacuados por falta de clasificación adecuada y la aplicación oportuna de psicoterapia, de apoyo, psicofármacos, el porcentaje de recuperación disminuye en proporción con la distancia para donde fueron evacuados en la retaguardia.
- El tratamiento debe ser corto, rápido y oportuno pues el tiempo que se dispone para cada caso individualmente es muy limitado; éste debe ser bien aprovechado, haciendo la clasificación inmediata del soldado no recuperable que debe ser evacuado, y de aquel que en corto plazo podrá retornar a cumplir misiones de combate.
- Dependiendo de la frecuencia con que el puesto de socorro es dislocado, algunos casos podrán ser retenidos por 24 horas para reposo y sedación antes del retorno a la zona de combate. Nunca debe ser mencionada la posibilidad de evacuación a esos individuos como primera opción; por el contrario, se los debe incorporar lo más pronto posible, luego de algunas horas de sueño reparador, estarán nuevamente aptos para el servicio.

6. Servicio de Psiquiatría en las brigadas y divisiones

- El Director del hospital de división y brigada, es el asesor del comando en cuanto a las normas, métodos y procesos de manejo de pacientes psiquiátricos y con relación a la higiene y salud mental de la tropa.
- Es importante asegurar que los médicos jefes de las instalaciones sanitarias y sus auxiliares estén bien familiarizados con todas las técnicas y métodos de diagnóstico rápido, identificación, clasificación y tratamiento de campaña de los casos psiquiátricos.
- Durante el combate, debe mantenerse informado de la situación operacional. Este conocimiento es esencial para permitir las previsiones de pérdidas, evaluar la tensión psíquica, a que están sometidos los individuos, ponderar el valor de sus observaciones clínicas y para saber que providencias deberán ser tomadas en la eventualidad de un incremento considerable de los casos psiquiátricos.
- El psicólogo clínico permanecerá la mayor parte del tiempo en el puesto de curación y evacuación de esa forma prestará asistencia directa, o como consultor en el diagnóstico, en el tratamiento y en la indicación del mejor destino dado al paciente psiquiátrico.

a. Puesto de curación y evacuación.-

- El puesto de curación y evacuación es la principal instalación en el manejo de los casos psiquiátricos y como tal tendrá previsto de un equipo de salud mental con personal especializado en psiquiatría para las funciones de diagnóstico, tratamiento y designación del destino de estos casos.
- Los casos psiquiátricos. son clasificados en:
 - Casos considerados recuperables, para misiones de combate, dentro de los límites técnicos establecid.

- Casos que exigen tratamiento y cuidados prolongados, considerados como no recuperables para misiones de combate dentro del plazo establecido.
- La determinación del plazo máximo que cualquier caso psiquiátrico podrá ser retenido en el puesto de curación y evacuación, depende de la situación táctica y de la necesidad de conservar la movilidad del puesto. Los casos de recuperación rápida son normalmente retenidos en el área de la brigada y división y retornan a sus unidades de origen sea directamente o a través de la compañía de reemplazos.
- El tratamiento de los casos psiquiátricos en el puesto de curación y evacuación debe incluir algunos principios que son esenciales como:
 - Aislamiento y confort.
 - Sedación
 - Psicoterapia
 - Reposo, alimentación adecuada.
- La experiencia ha demostrado que, por la adecuada utilización de los principios citados y dependiendo de la situación, hasta el 60% de todos los casos psiquiátricos tratados en el puesto de curación y evacuación pueden ser recuperados para el servicio.

7. El Servicio de Psiquiatría en el cuarto escalón

El Hospital General es utilizado por el servicio de psiquiatría para proporcionar hospitalización a los casos juzgados no recuperables para el servicio, son generalmente los psicóticos por estrés post traumático, casos orgánicos cerebrales u otros casos psiquiátricos graves provenientes de las Z.O.

A fin de atender a grandes cantidades de casos psiquiátricos el Hospital General, puede ser reforzado con equipos de salud mental especiales y además con áreas para recuperación y rehabilitación.

D. SERVICIO DE ODONTOLOGÍA

1. Misión

Proporcionará asistencia odontológica al personal militar durante las operaciones, e instalara el servicio de modo de evitar evacuaciones innecesarias para la retaguardia, proporcionando los cuidados de rutina y el tratamiento de emergencia lo más al frente posible.

2. Responsabilidades generales

- Sugerir medidas preventivas para reducir la incidencia de enfermedades de origen dental.
- Organizar la documentación y registros necesarios para remitir informes.
- Realizar el entrenamiento del personal técnico.
- Elaborar normas referente al servicio.
- Realizar investigaciones sobre la influencia de factores locales en la salud bucal de la tropa.
- Obtener, distribuir y mantener los abastecimientos odontológicos.

3. Principios básicos

- Los comandantes de todos los escalones son responsables por la atención odontológica del personal militar.
- El servicio debe ser desdoblado para atender un mayor número de pacientes.
- La asistencia dental debe ser continua.

- El servicio odontológico debe ser instalado y organizado para atender al personal lo más al frente posible.
- La atención odontológica debe ser realizada en mayor escala, cuando las unidades no estén empleadas en combate.

4. Funciones generales del oficial odontólogo

- Asesorar al comandante y estado mayor sobre asuntos referentes al servicio.
- Hacer recomendaciones sobre el empleo y distribución de los elementos del servicio.
- Elaborar los programas de entrenamiento del personal, y en nombre del comando supervisar la instrucción en las unidades que están bajo su control.
- Planificar y supervisar las operaciones del servicio.
- Preparar los informes sobre el funcionamiento del servicio.

5. Organización y funcionamiento en el T.O.

- El Servicio Odontológico en el T.O. comprende:
 - Servicio odontológico del puesto de socorro.
 - Servicio Odontológico del puesto de curación y evacuación.
 - Servicio Odontológico en los hospital de evacuación.
 - Servicio Odontológico en el hospital general.

a. Servicio Odontológico en el ps y pce

- En el puesto de socorro se proporciona atención básica, sólo contempla mínimas curaciones y exodoncias. Las unidades que no disponen de personal de odontología, envían los pacientes al puesto de curación y evacuación.

- Dentro de la doctrina del servicio, las unidades en reserva o en el área de reposo aprovechan la oportunidad para realizar, en gran escala, el ratamiento dental a su personal, pudiendo para eso recibir refuerzos en personal técnico.

b. Servicio Odontológico en los hospitales

- En los diversos hospitales, el servicio de odontología, atiende a las bajas en general aprovechando su permanencia en esas instalaciones, para que en el futuro no dejen sus funciones asignadas para someterse a tratamientos odontológicos.

CAPÍTULO VI

ABASTECIMIENTO DE SANIDAD EN EL T.O.

A. GENERALIDADES

- Compete al comandante del T.O., establecer un sistema de abastecimientos de sanidad que asegure la continuidad de aprovisionamiento de las fuerzas militares.
- El desdoblamiento del sistema de depósitos de abastecimientos de sanidad depende de las condiciones existentes en el T.O.
- El Director del Servicio de Sanidad ejerce íntima supervisión en todos los asuntos relativos al funcionamiento del sistema de depósitos de sanidad de acuerdo con las normas establecidas.
- El Director de Sanidad tiene la atribución de coordinar e integrar los planes de abastecimientos de sanidad. El conocimiento de los efectivos en el T.O. y de los planes operacionales son esenciales para la elaboración del plan de abastecimientos.
- La adquisición local de abastecimientos de sanidad en el T.O. es aconsejable, por lo práctico y para ganar tiempo. Cualquier previsión de adquisición local debe ser realizada cuidadosamente.

B. ABASTECIMIENTOS CLASE II-IV DE SANIDAD EN LOS DIFERENTES ESCALONES

1. Primer escalón

Se realiza de acuerdo al consumo. El puesto de socorro proporciona paquetes sanitarios, camillas, frazadas.

El puesto de distribución clase II y IV del destacamento de sanidad proporciona al puesto de socorro, los paquetes sanitarios y material sanitario necesarios.

2. Segundo escalón

- El punto de distribución clase II y IV operado por la sección apoyo principal, proporciona abastecimientos a las unidades sanitarias del primer escalón. Dichos abastecimientos son enviados en las ambulancias de las secciones de apoyo directo y el procedimiento empleado es por cambio directo o por el de reemplazo.
- A su vez, el destacamento de sanidad se provee de sus abastecimientos por el personal que opera un depósito que se establece en los hospitales de evacuación, dichos abastecimientos son enviados en las ambulancias en apoyo al segundo escalón.
- En caso de pedidos de urgencia éstos serán atendidos de inmediato y por el medio más rápido.

3. Entrega de material y equipo

Las instalaciones y unidades de sanidad presentarán pedidos periódicos directamente al escalón correspondiente.

4. Canje de materiales

Durante la evacuación de las bajas éstas normalmente llevan materiales sanitarios tales como camillas, frazadas, almohadas, tablillas, etc. Para evitar que a las unidades de sanidad por las que pasan las bajas, no se les agoten estos artículos, tendrá que establecerse un sistema de canje directo, es decir artículo por artículo, caso contrario podrá hacerse canje por reemplazo.

5. Refrigeración

Se deberá contar con equipo adecuado para proporcionar refrigeración a ciertos artículos como sangre y vacunas.

6. Materiales especiales

Podrá necesitarse drogas especiales, vacunas y otros materiales de acuerdo con las enfermedades prevalecientes en la región, el requerimiento de tales artículos deberá anticiparse con suficiente anterioridad para tenerlos a disposición cuando se necesiten.

7. Bases de abastecimiento de sanidad a nivel Ejército.

El personal de sanidad designado almacenará en el hospital de evacuación, las suficientes provisiones sanitarias, para atender los pedidos de los puesto de socorro, puesto de curación y evacuación, y del propio hospital. Para el efecto, se calcula previamente las necesidades de abastecimiento clase II y IV.

C. PLANIFICACIÓN DE ABASTECIMIENTOS.

- Compete a los comandantes de los diferentes escalones de sanidad la planificación de las necesidades de abastecimiento clase II y IV de sanidad y como tal serán los responsables por la instalación y operación de los puntos de distribución a su nivel.
- En la fase de planificación, les corresponde realizar la estimativa de las necesidades, de las disponibilidades y de las restricciones.

D. PLANIFICACIÓN DE NECESIDADES

Son realizados en función del efectivo existente y de la situación táctica que se encuentra la unidad apoyada.

ABASTECIMIENTO CLASE II Y IV DE SANIDAD
KG/H/DÍA
(VALORES ESTABLECIDOS CON FINES DIDÁCTICOS)

Acción de Cobertura y Seguridad		0,05
Marcha para el Combate – Persecución Aprovechamiento del éxito.		0,17
Ataque	Posición Fortificada	0,18
	Posición Organizada	0,16
	Posición Sumariamente Organizada	0,14
Movimientos Retrógrados		0,05
Defensa en posición	Posición Fortificada	0,09
	Posición Organizada	0,08
	Posición Sumariamente Organizada	0,07
Situación Inactiva		0,05

E. RECURSOS DE SANIDAD EN CAMPAÑA

En campaña, si las instalaciones de salud de la Fuerza Terrestre no son suficientes para satisfacer la demanda de heridos y enfermos, se explotará los recursos de sanidad de la zona.

De acuerdo al plan de explotación de recursos de sanidad, los respectivos escalones coordinarán en sus áreas de responsabilidad con los Comandos Administrativos Provinciales y con las autoridades del Ministerio de Salud y afines.

- Los hospitales civiles serán considerados como hospitales de evacuación y operados con personal médico, paramédico y administrativo propios de éstos.

- El número y tipos de hospital a ser utilizados serán determinados por los siguientes factores:
 - Situación táctica.
 - El efectivo empeñado.
 - La naturaleza de las operaciones.
 - Las normas de evacuación.

- Los hospitales civiles asignarán un número determinado de camas fijas para enfermos y heridos evacuados desde las instalaciones militares.

- El número de camas fijas necesarias será determinado por los siguientes factores:
 - Efectivos en el Teatro de Operaciones.
 - Normas de evacuación.
 - Tasa de admisión diaria.
 - Factor de acumulación
 - Factor de dispersión.

- Cuando la situación lo exija (saturación de camas hospitalarias) se improvisarán hospitales en instalaciones civiles o tiendas de campaña que proporcionen las facilidades para el funcionamiento de determinados servicios.

APRECIACIÓN DE SITUACIÓN DE SANIDAD

1. Misión

2. Situación y cursos de acción

a. Consideraciones que afectan a los posibles cursos de acción.

- 1) Operaciones a apoyar.
- 2) Agregaciones o segregaciones.
- 3) Efectivos a apoyar.
- 4) Necesidades especiales.

b. Dificultades previstas.

- 1) Déficit de personal.
- 2) Insuficiencia de instalaciones.

c. Nuestros cursos de acción.

- 1) Curso de acción número 1 (enunciar el curso de acción).
- 2) Curso de acción número 2 (enunciar el curso de acción).

3. Análisis de los cursos de acción

a. Aspectos a considerar.

- 1) Encubrimiento y cobertura.
- 2) Vías.
- 3) Instalaciones.

- 4) Agua.
- 5) Suelo.
- 6) Distancia de apoyo y seguridad.
- 7) Apoyo a las operaciones.

b. Análisis

- 1) Analizar los cursos de acción basándose en el punto **a**.

4. Comparación de los cursos de acción

a. Factores de comparación

- 1) Terreno
- 2) Posibilidades del enemigo
- 3) Maniobra táctica.
- 4) Nuevo dispositivo.
- 5) Seguridad.
- 6) Otras.

b. Comparación

Determinar ventajas y desventajas de los cursos de acción, empleando los factores de comparación.

5. Conclusión

Enunciar el mejor curso de acción.

CAPÍTULO I

A. GENERALIDADES

- El Servicio de Sanidad es la función logística responsable de la conservación del potencial humano en las mejores condiciones y aptitudes físicas y psíquicas a través de medidas de prevención, curación y rehabilitación del personal.
- Las actividades del Servicio de Sanidad comprenden, la selección del personal, medicina preventiva, evacuación y hospitalización, odontología, laboratorio médico, abastecimiento y mantenimiento.
- El Servicio de Sanidad para operaciones es organizado en profundidad, para atender a las fuerzas situadas en las diferentes áreas de la zona de acción.
- Las unidades de sanidad de las zonas de operaciones que apoyan a las unidades tácticas se caracterizan por una mayor movilidad que las de las zonas de comunicaciones.
- El comandante es el responsable del apoyo de sanidad a sus subordinados.

B. MISIÓN

El Servicio de Sanidad realizará prevención y conservación del potencial humano, mediante el apoyo con supervisión técnica y la implementación de medidas para el cuidado de la salud de las tropas, y del pronto retorno a sus funciones, a fin de contribuir para el éxito de las operaciones militares.

C. OBJETIVO

Conservar el potencial humano, elevar la moral y mantener la integridad física y mental de los miembros de la F.T, mediante:

CALIFICACIÓN

PLAN DE EMPLEO DEL DESTACAMENTO DE SANIDAD

Ejemplar No.
Unidad
Lugar Fecha / hora
Indice de ref.

PLAN DE EMPLEO DEL SERVICIO DE SANIDAD.

Referencias.
Cartas
Documentos.

1. Situación.

- a) Fuerzas enemigas.
- b) Fuerzas propias.
- c) Agregaciones y segregaciones.
- d) Suposiciones.

2. Misión.

Enunciado de la misión que debe cumplir la unidad considerada.

3. Ejecución.

a. Concepto de la operación

Su finalidad es dar una visión general y simple de la operación a ser realizada.

b. Misión a las unidades subordinadas

Se designa un sub-párrafo por separado para cada unidad, comenzando por la b.- y continuando en orden alfabético.

c. Instrucciones de coordinación.

4. Evacuación y hospitalización.

a. Evacuación.

- 1) Localización del puesto de curación y evacuación, unidades que apoya.
- 2) Responsabilidad de evacuación.

b. Hospitalización.

- 1) Instalación disponible.
- 2) Necesidades.
- 3) Apoyo del escalón superior.

5. Asuntos civiles.

Asistencia a la población.

AUTENTICADO

P3

EL CTE. DEL DEST. DE SAN.

f. _____ f. _____

CALIFICACIÓN