

Destino: Atlántico Sur

**Parte B:
Relatos de Sanidad**



Alfredo Lo Balbo



**Destino:
Atlántico Sur
Parte B:
Relatos de Sanidad**



Lo Balbo, Alfredo
Destino Atlántico Sur. - 1a ed. - Buenos Aires : Alfredo Lo Balbo Ediciones, 2012.
E-Book.

ISBN 978-987-27826-0-3

1. Sanidad. 2. Guerra de Malvinas. I. Título
CDD 997.110 24

Diseño y diagramación:

Sergio D´Alesio

Corrección de estilo:

Lic. Bibiana Patricia Camperi

Mejoramiento fotográfico:

Ing. Ignacio Amendolara



Índice

Malvinas, cronología de la guerra	7
Introducción	11
Agradecimiento	15
Los buques hospital	17
Buque hospital ARA Bahía Paraíso	19
Buque hospital ARA Almirante Irizar	49
Buque de apoyo polar Piloto Pardo	73
Otros buques hospital	81
Buques a modo de ambulancias	85
Hospital Militar Conjunto	88
El hospital civil	124
Estación científica Corbeta Uruguay	170
Anécdotas	
Allan Steen	188
El Bravo Uno y la Ciruela Roja	191
Juan Vázquez (GOE-FAA) - Drupi	193
El desastre del hospital	197
La ventana indiscreta	200
Abreviaturas	203

Malvinas

Cronología de la guerra

Marzo 1982

19 de marzo

Desembarcan un grupo de obreros argentinos en las islas Georgias del Sur con el fin de desmontar las factorías balleneras.

22 de marzo

La prensa británica califica las acciones como una invasión argentina.

26 de marzo

Zarpa de Puerto Leith (Georgias del Sur) el buque Bahía Paraíso, y deja a 14 soldados argentinos armados para proteger a los obreros.

Abril 1982

02 de abril

Argentina recupera las Islas Malvinas mediante la Operación Rosario, incruenta para las fuerzas británicas y los habitantes del lugar. Londres anuncia la ruptura de las relaciones con el país y el envío de una fuerza de tareas.

03 de abril

El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas aprueba la Resolución 502.

05 de abril

Renuncia del canciller inglés, lord Carrington.

06 de abril

El presidente norteamericano Ronald Reagan designa a Alexander Haig como mediador en el conflicto.

07 de abril

El general Mario Benjamín Menéndez asume como gobernador de las islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur. Gran Bretaña dispone una zona de exclusión marítima de 200 millas náuticas alrededor de las Malvinas.

08 de abril

Argentina crea un puente aéreo para aprovisionar a las tropas destacadas en las Malvinas.



12 de abril

Buques de guerra británicos bloquean las islas Malvinas.

17 de abril

Continúan las conversaciones entre Haig y las autoridades nacionales, sin conclusión positiva.

25 de abril

Tropas británicas recuperan las islas Georgias del Sur.

Mayo 1982

01 de mayo

Ataque aéreo británico sobre el aeropuerto de Puerto Argentino y Darwin.

02 de mayo

El submarino nuclear Conqueror hunde al crucero A.R.A. Gral. Belgrano fuera de la zona de exclusión declarada por los británicos. Mueren 323 argentinos.

04 de mayo

Aviones navales argentinos, equipados con misiles Exocet, hunden al destructor inglés Sheffield.

07 de mayo

Londres amplía el bloqueo naval a 12 millas del litoral marítimo argentino.

09 de mayo

Es hundido el pesquero argentino Narwal por la aviación inglesa.

15 de mayo

Embarcaciones británicas cañonean Puerto Calderón en la isla de Borbón.

16 de mayo

Aviones británicos atacan a barcos mercantes argentinos, por lo cual resulta hundido el Río Carcarañá y averiado el Bahía Buen Suceso.

20 de mayo

Javier Pérez de Cuellar, secretario general de la ONU, anuncia que sus gestiones en favor de la paz resultaron inútiles. El Gobierno peruano presenta una propuesta, que también fracasa.

21 de mayo

Los británicos logran establecer una cabecera de playa en Puerto San Carlos. Se produce el hundimiento de la fragata Ardent y severos daños en varias fragatas enemigas. Son abatidos 17 aviones argentinos.

24 de mayo

Es hundida la fragata británica Antelope.

25 de mayo

Aviones argentinos hunden al transporte pesado Atlantic Conveyor y al destructor Coventry.

28 de mayo

Las tropas inglesas avanzan sobre Darwin y Pradera del Ganso.

Junio 1982

02 de junio

Las gestiones de paz de la ONU vuelven a fracasar.

Avanzadas británicas se encuentran a 20 kilómetros de Puerto Argentino.

04 de junio

Un nuevo proyecto de cese del fuego es vetado en las Naciones Unidas por Estados Unidos y Gran Bretaña.

08 de junio

Los buques Sir Galahad y Sir Tristram son severamente dañados mientras desembarcan sus tropas en Bahía Agradable.

11 de junio

El Papa Juan Pablo II llega a la Argentina.

12 de junio

El buque Glamorgan es atacado desde tierra con un misil Exocet.

Las tropas inglesas avanzan por los montes Longdon, Harriet y Dos Hermanas.

13 de junio

Las fuerzas británicas penetran las últimas defensas argentinas.

14 de junio

Se establece el alto al fuego y la consiguiente rendición.

20 de junio

Ataque británico contra la base científica Corbeta Uruguay de la isla Morrell (Sandwich del Sur). Gran Bretaña declara formalmente el cese de las hostilidades.

Introducción

Voces testimoniales de primera fuente, provenientes de entrevistas en su mayoría, y el aporte de distintos documentos conforman esta segunda parte a través de la cual se evidencia el protagonismo que tuvo la sanidad en el conflicto bélico de 1982.

Los buques Almirante Irizar y Bahía Paraíso son las figuras centrales del primer capítulo, los cuales, comprometidos en un primer momento en la Campaña Antártica 81-82, se ven forzados a transformarse de logísticos en hospitales a raíz de la irrupción acelerada de los acontecimientos. El Almirante Irizar y el Bahía Paraíso, en configuración de buques hospital, navegaron miles de millas náuticas, facilitaron cientos de horas de vuelo desde sus cubiertas, soportaron feroces temporales, asumieron infinitos riesgos a través de áreas pobremente cartografiadas o en niebla cerrada. Estas dificultades operativas extremas fueron superadas por sus tripulantes con una actitud estoica y profesional.

Incorporo en este capítulo la colaboración en búsqueda y rescate del transporte de la Armada de Chile Piloto Pardo mediante el testimonio de quien fuera su comandante, el CN Adolfo Cruz Labarthe.

En relación con la heroica actividad de los buques, me permito recomendar el libro “Hasta la última balsa” de Daniel Cavalieri (IPN) que detalla la operación de búsqueda y rescate de los tripulantes del crucero ARA General Belgrano, la cual constituye una de las más arduas y exitosas de la historia naval mundial. La magnitud del esfuerzo de rescate en el ambiente hostil del Atlántico Sur incluye, además del buque ARA Bahía Paraíso, las experiencias del ARA Piedrabuena, ARA Bouchard y ARA Gurruchaga.

El segundo capítulo se focaliza en la instalación y actividad del Hospital Militar Conjunto (HMC) de Puerto Argentino, también conocido como CIMM (Centro Interfuerzas Militar Malvinas). Luego de la recuperación efectiva del territorio insular y su incorporación a la soberanía nacional, resultó de suma importancia dar cobertura sanitaria a los efectivos desplegados en Malvinas. En consecuencia, se ordenó el traslado del hospital militar de Comodoro Rivadavia a Puerto Argentino a cargo del mayor Enrique Ceballos, quien ocupó un flamante edificio deshabitado que se pensaba destinar como albergue estudiantil. El componente de sanidad de Fuerza Aérea, al mando

del mayor Fernando Espiniella, se unió con el del Ejército con el objetivo de funcionar como una unidad conjunta.

Durante todo el conflicto fueron incorporándose profesionales de todas las fuerzas y disciplinas al hospital. No sin dificultades, se integraron en forma coherente y espontánea compartiendo objetivos y sobre todo sentido común. Desarrollaron al máximo sus capacidades de creatividad y de improvisación para cumplir con la compleja tarea que significaba el apoyo sanitario a toda la guarnición de Puerto Argentino.

A medida que los bombardeos aéreos y navales arreciaban y que el frente de combate se acercaba al pueblo, el número de bajas recibidas se fue incrementando. Las características del combate, especialmente nocturno en un terreno muy desfavorable, no permitían la asistencia inmediata ni la rápida evacuación. El puente aéreo significó para el HMC un instrumento vital para alcanzar por un lado la remisión de insumos imprescindibles para mantener su capacidad operativa y por otro lado la evacuación de bajas a fin de evitar la saturación.

Otra dificultad que debían enfrentar era el arribo de los aviones, informado con escasa antelación, lo que provocaba trabajar bajo presión permanente con la acuciante misión de aprestar a los heridos, cargarlos en las ambulancias, cuidando a oscuras sus canalizaciones e inmobilizaciones, efectuar el recorrido hasta el aeropuerto de una decena de kilómetros y repetir el procedimiento al descenderlo y subirlo a la bodega del avión. Rapidez y decisión eran la clave para salir airoso y con éxito.

En el transcurso de los últimos días, el flujo de heridos era constante y cada vez más intenso. El tronar permanente de la artillería y las esquirlas que golpeaban con insistencia en el techo y las paredes del hospital anunciaban el inminente desenlace. El deterioro de las reservas alimenticias, la condición de los soldados aferrados a las posiciones y las características ambientales, incrementaron los casos de una enfermedad invalidante que reaparecía luego de muchos años, el “pie de trinchera”.

Toda esta experiencia se encuentra minuciosa y acertadamente retratada en los libros “La medicina en la guerra de Malvinas” de Enrique Ceballos y José Buroni (Círculo Militar), y “Tras el manto de neblina” de Fernando Espiniella (Editorial Dunken) cuya lectura aconsejo.

El tercer capítulo hace referencia a cómo se instrumentó la asistencia sanitaria a la población local con la rotación de médicos civiles voluntarios de

cuatro especialidades básicas para desempeñarse en el antiguo hospital que existía en la capital malvinense, el King Edward VII Memorial Hospital (KEMH)

Este nosocomio disponía de once camas para pacientes agudos en cuatro salas, una sala de maternidad con tres camas y diez camas en el área antigua a modo de guardería de ancianidad. A su vez, el quirófano tenía una cama de operaciones estándar con una luz de campo aceptable, una máquina anestésica y ventiladores decentes. Los alimentos, como el cordero y la leche, eran enviados a diario, y se autoabastecían con huevos de gallina y cultivos propios. Las provisiones médicas como gases, drogas, material quirúrgico o descartable y fluidos endovenosos llegaban cada cuatro meses desde Gran Bretaña.

La población isleña era de mil setecientos habitantes en ese momento, mil de los cuales eran residentes del pueblo. Debido a que muchos de ellos residían en los establecimientos del *camp* (se denomina así localmente a todo lo que no es el pueblo de Stanley, luego Puerto Argentino) se realizaban clínicas diarias por radio. Las visitas médicas a los establecimientos se programaban cuando debían efectuarse estudios prenatales, inmunizaciones, cuidados post natales, manejo de enfermedades crónicas, casos de hipertensión, diabetes, epilepsias, enfermedad tiroidea o cualquier urgencia que así lo requiriese. Se disponía de pequeños aviones (Beaver y Briton Norman Islander) para las visitas médicas y para despachar elementos sanitarios a esos lugares.

Durante las clínicas diarias por radio, toda palabra era escuchada en cada rincón de las islas. Los establecimientos, a su vez, disponían de un buen provisto botiquín, lo que posibilitaba la prescripción por radio. Las reposiciones de los productos se realizaban por avión. Generalmente, las mujeres efectuaban los primeros auxilios que incluían aplicar inyecciones y suturar laceraciones pequeñas.

A partir de los primeros días de abril, comenzaron a llegar los médicos argentinos para organizar la atención sanitaria a la población civil conjuntamente con la Dra. Alison Bleaney. Sin embargo, los acontecimientos bélicos modificaron lo programado. El hospital quedó dividido en un área civil y otra de convalecencia de soldados argentinos. Así se trabajó hasta que se ordenó la evacuación de los profesionales hacia el continente, cuatro médicos cuyas vivencias se relatan en este capítulo.

El 10 de abril de 1984 las antiguas salas de madera del KEMH se incendiaron en un confuso episodio y se consumieron totalmente, hecho que ocasionó la muerte de varios pacientes.

Las experiencias sanitarias en la Base Científica Corbeta Uruguay (BCCU) en las solitarias Sandwich del Sur conforman el cuarto capítulo. Estas islas son un afloramiento de la Cordillera de los Andes que se sumerge en la Isla de los Estados, formando un arco submarino que reaparece en las Georgias del Sur, Sandwich del Sur y Shetland del Sur para emerger más claramente en la península antártica. Deshabitadas, con poca fauna y flora, fueron visitadas por exploradores y cazadores de ballenas y focas peleteras. Están rodeadas por un mar tempestuoso y su clima las hace más inhóspitas.

De ellas decía James Cook en el año 1775: “Tierras condenadas por la naturaleza a una eterna frigidez, que nunca sentirán el calor de los rayos solares, cuyo horrible y salvaje aspecto no tengo palabras para describir”. No obstante, lo que repelió a Cook es lo que hace tan extraordinario este arco de once islas y trescientos noventa kilómetros con su aislamiento y exposición a la impredecible ira del océano austral. Las erupciones volcánicas moldearon su forma; el hielo, el viento y las olas las repujan y esculpen. Aves y focas son los únicos animales que hallan su refugio allí. Aturde al espectador el estruendo de las colonias de aves y el hedor de sus desechos, que alfombran rocas y hielo, y lo intimidan las olas formidables que se estrellan con brutalidad contra los acantilados e impiden la llegada de las embarcaciones.

Su historia se encuentra intrínsecamente unida a las vivencias de quienes se atrevieron a enfrentar su naturaleza salvaje como ser el CN Ricardo Hermelo quien en 1954 establece el refugio de Thule, los que participaron de la instalación de la BCCU en 1976 y, puntualmente, los que intervinieron en los sucesos que se vivieron en 1982.

Arnoldo Canclini nos brinda en su excelente libro “Islas Sandwich del Sur” (Zagier&Urruty Pub), el análisis quizás más completo y profundo acerca de este archipiélago que exista en la bibliografía mundial por lo cual recomiendo su lectura.

Por último, un registro de anécdotas y curiosidades relacionadas con los capítulos anteriores hacen de corolario a esta investigación.

En conclusión, esta segunda parte intenta ser documento y testimonio de lo acaecido en materia de sanidad y del actuar de los hombres que se desempeñaron en esta disciplina con honor, patriotismo y responsabilidad profesional durante el tiempo en que un reclamo soberano devino en un conflicto bélico.

Agradecimientos

Bibiana Camperi, que sacrificó horas de su familia para las correcciones de estilo.

Ignacio Amendolara, que con sus conocimientos realizó el mejoramiento fotográfico conservando el rigor histórico de las imágenes.

Sergio D'Alesio, que con creatividad y paciencia diseñó el presente trabajo.

A quienes aportaron conocimiento, explicaciones aclaratorias, imágenes y documentos: Eduardo Rotondo, Ricardo Hermelo, Juan Nicolau, Fernando Estevez, Robert Headland, Pablo Hautcoeur, Pascual Pelella, Mario Milet, Walter Mac Cormack, Leona Roberts, Fundación Histarmar, Alejandro Amendolara, Mario Catalán, Humberto Brumatti, Marcelo Carlos Morganti, Norberto Laffusa, Justino Bernasconi, Stefan Heijtz, David S Jolliffe y Walter Mingelgrün.

A todos los que brindaron sus testimonios: Alberto Luis Colletta, José Alberto Montivero, Adolfo Cruz Labarthe, Fernando Espiniella, Mario Lazar Vellico, Oscar Ricardo Rojas, José Héctor Soria, Alison Bleaney, Carlos Court Lucero, Carlos Arturo Grosso, Allan Steen y Juan Vázquez.

Alfredo Lo Balbo



LOS BUQUES HOSPITAL

El uso de buques para el cuidado de los enfermos y heridos no es nuevo ni único en nuestro tiempo. Del año 400 AC datan registros de un trireme de la flota ateniense llamado Therapeia que servía como un hospital flotante. Posteriormente, ciertas naves denominadas "inmunes" acompañaban las galeras que transportaban las legiones del César. Estaban exentas de las obligaciones del combate y su especial categoría era reconocida y respetada. Desde esos tiempos se establece el concepto de buque hospital como lugar protegido.

El conflicto del Atlántico Sur, siendo el área de operaciones un escenario esencialmente marítimo, puso en evidencia la importante actuación de los buques hospital. Ambos países invocaron los Convenios de Ginebra y adaptaron buques como hospitales y transportes sanitarios en pocos días. Toda su estructura fue pintada de blanco con grandes cruces rojas para garantizar la mejor visibilidad en cualquier circunstancia. Se dotaron con helicópteros en configuración sanitaria como vehículos de traslado de heridos. Asimismo, el Comité Internacional de la Cruz Roja ofreció sus servicios como intermediario neutral a ambos países.

Seis buques hospital actuaron durante el conflicto de Malvinas: cuatro británicos y dos argentinos. Para preservar su seguridad se estableció, por acuerdo de las partes, un área neutral en altamar de veinte millas de diámetro, ubicada al norte de las islas, denominada "Red Cross Box", lugar desde donde operaron todos ellos. Durante el transcurso de la guerra, se produjeron intercambios de heridos y elementos sanitarios entre los mismos. Los países beligerantes permitieron que expertos del Comité Internacional de la Cruz Roja los inspeccionara de acuerdo con lo dispuesto en la legislación y se realizaran visitas profesionales de personal por ambas partes.

El HMHS Uganda fue el mayor de los buques británicos, cuya actividad normal fue hasta ese momento la de crucero turístico. Fue requisado y convertido en un hospital flotante de alta complejidad en Gibraltar. Tres buques hidrográficos gemelos (Herald, Hecla e Hydra) pertenecientes al Servicio Hidro-

gráfico Británico fueron transformados en buques hospital en Portsmouth. La navegación hasta el teatro de operaciones (TOAS) fue de aproximadamente cuatro semanas. El cometido principal de estos buques era evacuar a los heridos y a los enfermos, como también derivar las bajas a Montevideo y desde allí ser enviadas en aviones RAF VC10 hacia el Reino Unido, vía isla de Ascensión. Los buques de transporte de tropas Canberra y Queen Elizabeth II actuaron como buques hospital de forma secundaria.

Por su parte, la Argentina había comunicado la utilización del rompehielos ARA Almirante Irizar y del transporte polar ARA Bahía Paraíso como buques hospital. A partir del 6 de junio se le efectuaron modificaciones al buque oceanográfico ARA Puerto Deseado como tercer buque hospital, el cual zarpó como tal hacia el TOAS el 14 de junio, pero la culminación de la guerra impidió que fuera utilizado con esos fines. Durante el final de los combates por el control de la ciudad, los innumerables heridos fueron paulatinamente trasladados desde tierra hacia los buques con el apoyo de helicópteros militares y embarcaciones costeras.

En varias ocasiones los buques hospital de ambos bandos se vieron inmersos en situaciones de riesgo. El Uganda, sobrevolado por aviones A4 Skyhawks en formación de combate, fue reconocido a tiempo segundos antes de que se iniciara el ataque, el cual fue abortado inmediatamente. El Bahía Paraíso se hallaba fondeado en la rada de Puerto Argentino cuando impactó un misil filoguiado errático en sus cercanías y el Irizar protagonizó un confuso episodio con fuerzas especiales británicas debido a su iluminación nocturna.

La operación de búsqueda y rescate de los tripulantes del crucero General Belgrano que se extendiera entre el 2 y 9 de mayo de 1982 constituye una de las más arduas operaciones navales de nuestra historia. Se destaca la colaboración del buque de apoyo antártico Piloto Pardo de la Armada de Chile, quien se sumó a la humanitaria labor y al extraordinario esfuerzo.

De todas formas, se puede apreciar, a partir de las expresiones de los mandos de ambas partes, que en el ámbito de la aplicación del derecho humanitario se actuó con espíritu de colaboración, orientado a aliviar la condición de los heridos, enfermos y náufragos durante todo el conflicto.



BUQUE HOSPITAL ARA BAHÍA PARAÍSO

CNME (RE) VGM ALBERTO LUIS COLETTA

Corrían los primeros días del conflicto del Atlántico Sur cuando se tomó la decisión de convertir una unidad de transporte en buque hospital, para brindar apoyo sanitario a las tropas argentinas acantonadas en las islas Malvinas. El buque polar ARA Bahía Paraíso fue elegido para ese fin ya que contaba con excelentes instalaciones sanitarias básicas, un espacio suficiente tanto para recoger como para trasladar heridos y buena disposición en su habitabilidad destinada a los profesionales involucrados. Y tal decisión no fue errada, pues el buque hospital ARA Bahía Paraíso (BHBP) cumplió con creces su cometido actuando desde los primeros días del conflicto hasta un tiempo después de la culminación del mismo, con una organización que permitió obtener los mejores resultados dentro de las posibilidades materiales de que disponía.

DE BUQUE POLAR A BUQUE HOSPITAL

Entre los días 13 y 20 de abril de 1982 de acuerdo con una orden del Comando de Operaciones Navales, comenzaron las tareas para convertir el buque polar de transporte en buque hospital (primera experiencia en toda Latinoamérica para tiempos de guerra) utilizando las facilidades de la Base Naval Puerto Belgrano (BNPB) con toda su estructura y personal.

Durante ese período, se adaptó su estructura para instalar aproximadamente doscientas cuarenta camas de internación; se cubrieron las necesidades de personal mediante el traslado de oficiales y suboficiales de sanidad desde otras unidades para conformar el Departamento Sanidad en Combate; se equipó al buque hospital de instrumental, equipos, lencería y medicamentos provenientes del Pañol de Sanidad en Combate existente en el Hospital Naval Puerto Belgrano (HNPB); por último, se organizó al personal de este departamento, distribuyendo los roles a fin de garantizar el éxito de la misión ordenada.

Las modificaciones comenzaron a partir del día 14 de abril a medida que se incorporaba el personal de sanidad. Todos los operarios correspondien-

tes a los talleres generales de la BNPB trabajaron sin pausa para adaptar armónica y adecuadamente toda la estructura.

Así, la sala de enfermería de diez camas se destinó a terapia intensiva, para lo cual se colocaron taquillas de elementos de emergencia, respiradores, cardiodefibriladores, electrocardiógrafo, equipo de RX con su anclaje, y otros. La sala de internación de aislados se transformó en un quirófano doble con dos mesas de operaciones, tubos de oxígeno sujetos a los mamparos, gases anestésicos, mesas de anestesia y aspiradores, así como dos lámparas scialóticas de pie para iluminar el campo quirúrgico. El quirófano principal fue dotado de mayor complejidad con la instalación de una nueva mesa de anestesia, electrobisturí, aspirador, tubos de oxígeno y de gases anestésicos, etc. El consultorio odontológico derivó en el quirófano N° 4 para cirugía oftalmológica y cirugía máxilofacial con una mesa de anestesia, tubo de oxígeno, etc. La sala de curaciones fue modificada dando lugar a la Central de Sanidad de Combate (CeSaCo).

El pañol del hangar de helicópteros pasó a ser el centro de recepción y clasificación de heridos N°1 mediante la instalación de tres camas de internación y aspiradores, tubos de oxígeno y un equipo completo de RX, mientras que el salón comedor de tropa se convertía en el centro de recepción y clasificación de heridos N°2 con una capacidad de veinte pacientes con tubos de oxígeno, aspiradores, soporte para sueros y taquillas para emergencia. Asimismo, los entrepuentes de bodega N°1 y N°2 se adaptaron para internación general mediante la colocación de taquillas de emergencias, tubos de oxígeno y un tercer equipo de RX.

Un problema importante por solucionar era el de la presencia de escalas en todo el interior del buque, que dificultaba la tarea de traslado de heridos entre las diferentes cubiertas pese al uso de camillas de Stokes. Para resolverlo, se tomó la decisión de colocar una rampa de madera rebatible en cada una, con toboganes, que facilitaban enormemente la circulación y evitaban ingentes esfuerzos.

En el local de la peluquería se ubicó el laboratorio de análisis clínicos y hemoterapia y se designó un local contiguo al quirófano N°1 para esterilización colocando una autoclave y dos estufas a seco.

Por último, se distribuyeron camillas a lo largo de todo el buque, se estableció una sala de yesos, se acondicionó una cámara frigorífica para que actúe como depósito de cadáveres y se pintaron sobre el casillaje las cruces rojas de acuerdo con lo dispuesto por la Convención de Ginebra, determinación que también se tomó para con los helicópteros.

De esta forma los locales destinados a Sanidad en Combate quedaron circunscriptos a cuatro quirófanos, dos centros de recepción y clasificación de heridos, un laboratorio de análisis clínicos y hemoterapia, dos salas de rayos, una sala de yesos, dos salas de internación general con ciento veinte camas cada una, diez camarotes de internación con cuatro cuquetas, un puesto de descontaminación química y una sala de terapia intensiva con diez camas. Asimismo, se dispuso de un pañol de sanidad en combate, un depósito de cadáveres, una central de sanidad en combate y una cadena logística completa (cocina, lavadero, agua potable ilimitada y demás).

Una vez finalizadas las reformas, el buque presentaba las siguientes condiciones: un desplazamiento de diez mil toneladas, trescientas camas, veinte nudos de velocidad, excelentes espacios para recepción de heridos por vía aérea y marítima, pañoles de fácil acceso, amplios pasadizos, aire acondicionado, calefacción, ventilación y agua sin restricción alguna. A su vez, otorgaba una gran facilidad la existencia de dos helicópteros de diferente porte con pilotos experimentados en las operaciones del buque por haber realizado campañas previas. También resultaba ventajosa la corta distancia entre las salas de recepción y clasificación, y las zonas de resolución (quirófanos, terapia, etc.). Cabe destacar que la tarea de la Sanidad en Combate no interfería con el resto de tareas del buque dado que estaba centralizado en el casillaje de popa y entrepuentes de bodega N°1 y N°2 exclusivamente.

ORGANIZACIÓN: LA BÚSQUEDA DEL BIEN COMÚN AÚNA ESFUERZOS Y GARANTIZA LOS LOGROS

El Departamento Sanidad en Combate se estableció mediante la distribución de los oficiales y suboficiales incorporados desde otros destinos para su tarea específica de apoyo a las unidades de combate. De este modo, quedó bajo el mando de un oficial jefe con dependencia directa del comandante y segundo comandante de la unidad, mientras que el resto del personal asumía cada uno de los siete cargos que lo conformaban: Cirugía (quirófanos N°1, N°2 y N°3, anestesia y terapia intensiva), Traumatología (que incluía radiología y sala de yesos), Bioquímica y Farmacia (incluyendo laboratorio, hemoterapia y farmacia), Cirugía Máxilofacial (a cargo de quirófano N°4), CeSaCo (a cargo de la División Personal y depósito de cadáveres), Sala General (dividida en tres áreas: cirugía, traumatología y clínica médica y, por último, Pañol General (dividido en materiales de dotación fija y materiales de consumo)

De esta manera, quedaron incorporados al buque hospital ARA Bahía Paraíso diecisiete médicos, cuatro odontólogos, dos bioquímicos (el segundo oficial al promediar el conflicto), cuarenta y ocho suboficiales de sanidad y un personal civil voluntario (al promediar el conflicto).¹

Por otro lado, fue destacable la actividad de la CeSaCo durante el conflicto, cuya función, tal como se visualiza en el organigrama que aparece a continuación como figura 1, fue la de centralizar toda la información referida al sinúmero de tareas de la sanidad. Esta abarcaba desde el ingreso del herido, la tabulación de su complejidad, sus movimientos internos, la derivación una vez llegado a puerto, el control de las tareas de adiestramiento, los planes previstos, la recepción y consignación del material asignado, el control de las existencias, el reaprovisionamiento, los nuevos requerimientos tanto en lo que hace al personal como a los insumos, la documentación, y demás. Todo esto se logró gracias al esfuerzo de profesionales de todas las especialidades para actividades a las que generalmente el personal de sanidad se mantiene alejado; no fue así en este caso, pues aunados para lograr el bien común mantuvieron organizadas las tareas de todo el equipo.

¹ Según la ubicación del personal se destinaron: dos oficiales y doce suboficiales a los centros de recepción y clasificación; trece oficiales y diecisiete suboficiales para el área de actividades quirúrgicas, rayos y terapia intensiva; cuatro oficiales para el área de internación; dos oficiales, cinco suboficiales y un civil para el área de laboratorio; dos oficiales y dos suboficiales para el área de la CeSaCo.

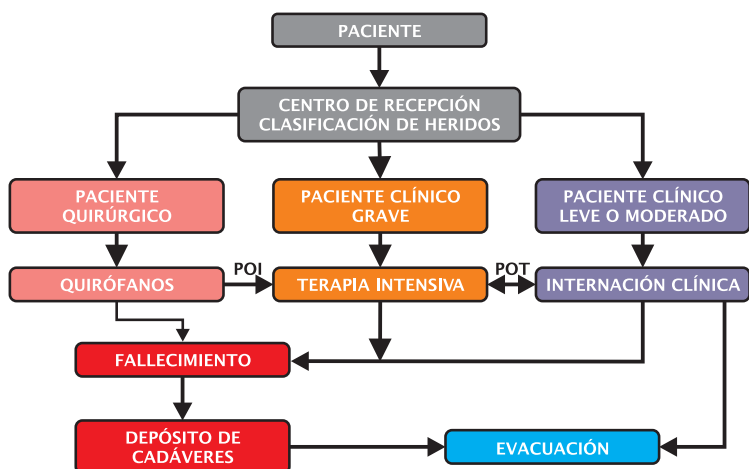


Figura 1. Esquema de funcionamiento de sanidad en combate en el buque hospital Bahía Paraíso. POI: postoperatorio inmediato. POT: postoperatorio tardío o convalecencia.

UNA ACEITADA CADENA DE RESCATE Y EVACUACIÓN

La cadena de rescate y evacuación que se observa en la figura 2 representa los contactos que se mantuvieron durante todo tiempo que abarcó el conflicto, tanto con unidades argentinas como con británicas, siendo éste un factor fundamental para poder recuperar la mayor cantidad de bajas en el menor tiempo posible y con un mínimo de daños en los combatientes, lo que constituye la situación ideal para cualquier unidad sanitaria en un frente de batalla.

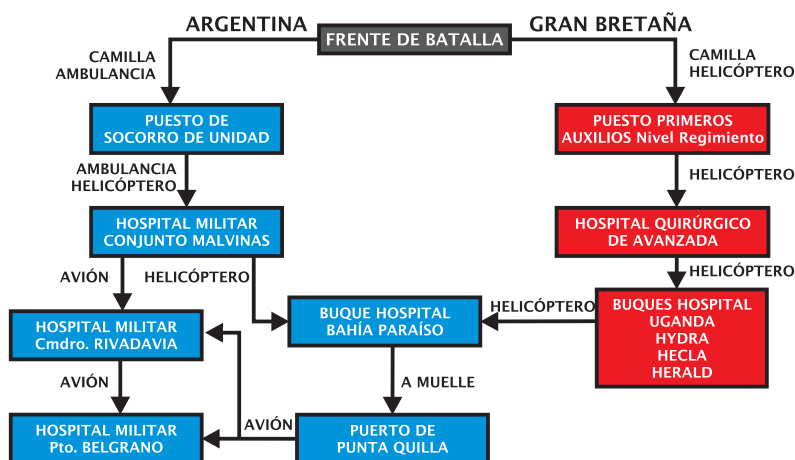


Figura 2. Cadena de evacuación de los heridos en relación con la actividad del buque hospital Bahía Paraíso.

EL HNPB Y SU LOABLE APOYO EN LA FORMACIÓN DE SUBOFICIALES

El adiestramiento comenzó antes de la zarpada formando al personal de suboficiales en tareas altamente específicas que no le eran comunes como, por ejemplo, la instrumentación quirúrgica, la esterilización, la preparación del material quirúrgico y lencería correspondiente, el manejo de reactivos de laboratorio y de la sangre de banco, y otros. Para ello se contó con el invalorable apoyo del personal del HNPB que logró inculcar la mayor cantidad de conocimientos en el más breve plazo de tal modo que estuvieran preparados al ingresar a la zona de combate.

Desde la partida de Puerto Belgrano se realizaron permanentes zafarranchos para mejorar el desplazamiento del personal así como ejercicios prácticos sobre manejo del herido desde su ingreso a la unidad tanto por vía aérea como marítima, con traslados simulados con el fin de garantizar un completo conocimiento a la hora del trabajo en situación real. De este modo se alcanzó una notable disminución en los tiempos de respuesta, tanto en la recepción y clasificación, como en los traslados y en los tratamientos en quirófanos o en salas de internación.

FUNCIONAMIENTO GENERAL

El ingreso de los pacientes podía establecerse a través de los helicópteros con que contaba la unidad (un Súper Puma y un Alouette III). A su llegada era recibido por dos camilleros que lo trasladaban al Centro de Recepción y Clasificación N°1 o, si provenía vía marítima, ingresaba por la cubierta principal y era trasladado al N°2. Allí, mediante la tarea de un cirujano, un traumatólogo y dos médicos clínicos, se determinaba el camino por seguir indicado en su frente con lápiz dermatográfico: “Q” roja (quirúrgico), “C” azul (clínico) o “TI” azul (terapia intensiva) que era su destino posterior. En ese centro, un importante grupo de suboficiales cumplía las funciones administrativas con el fin de obtener la identificación fehaciente del herido así como todos los antecedentes, prescripciones y órdenes médicas anteriores a su llegada. A su vez, llevaba el control de las historias clínicas, las archivaba y mantenía en forma organizada todos los registros correspondientes. Mientras tanto, otro importante grupo de suboficiales llevaba a cabo los tratamientos indicados en cada uno de los sectores habilitados.

Una vez ingresado el paciente e identificado, se le realizaba un examen clínico y de laboratorio, se inmovilizaban las heridas, se establecía un plan de sueros, se procedía al cortado de ropas, a la preparación prequirúrgica, si la

hubiera, al examen radiológico y entonces se dictaminaba su tratamiento definitivo; todos estos pasos debían consignarse sobre la base de una secuencia que se modificaba según cada uno de los casos.

Luego de establecida la conducta terapéutica definitiva, un segundo grupo se dedicaba al traslado, utilizando para ello las facilidades establecidas mediante el uso de los toboganes contruidos a tal efecto en todas las escalas del casillaje de popa, donde había centralizado sus tareas el Departamento Sanidad en Combate.

Para el postoperatorio de los pacientes quirúrgicos el desplazamiento era sencillo, ya que la sala de terapia intensiva era contigua a los quirófanos, lo que le daba una dinámica particularmente exitosa a todo el manejo del herido. Para cumplir con todas estas tareas se incorporó al buque una provisión de medicamentos e insumos suficientes como ser: plasma congelado, sangre entera previamente estudiada, anestésicos, reactivos, equipos de laboratorio, placas radiográficas de todos tamaños, y otros; afortunadamente, no hubo ningún inconveniente con el material incorporado. En lo que hace al instrumental, se embarcó una importantísima cantidad de cajas de cirugía mayor y menor como para equipar los cuatro quirófanos así como los centros de recepción, y además se colocaron cajas auxiliares en los helicópteros y en las lanchas de desembarco.

Para el tratamiento de quemados, se instaló una bañera de acero inoxidable para realizar curaciones o balneoterapia.

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

El día 13 de abril de 1982 por orden del Comando de Operaciones Navales se estableció que el buque cambiara su configuración y designación por “Buque Hospital ARA Bahía Paraíso” y se ordenó la modificación de su estructura para el cambio de la misión asignada. A partir del día 16 de ese mes comenzó a incorporarse el personal designado mientras se realizaban las tareas de transformación por parte de los talleres generales de la BNPB.

El día 21 de abril tuvo lugar en la cubierta de helicópteros de la unidad una emotiva ceremonia por el “Día de la Sanidad Naval” con la presencia de la totalidad de la plana mayor y dotación, y de los invitados especiales. El director del HNPB CNME Dn. Adolfo Maille pronunció una encendida arenga que entre otras frases decía:

“El día de la Sanidad Naval coincide, curiosamente, con las vísperas de la zarpada del primer buque de la armada habilitado como buque hospital dadas las circunstancias del trascendental proceso que nuestro país está viviendo.

Por esto, qué mejor que recordar este día en esta cubierta de una unidad de la Armada que encarna, por la naturaleza de su misión, la esencia misma de la sanidad naval y que estará así presente en una tarea que le es propia, prestando su apoyo a todos los componentes de la Armada empeñados en la defensa de la soberanía y el honor nacional.

Este apoyo es fundamental ya que implica la protección y la recuperación de aquellos a los que, en el cumplimiento de su deber, puedan sufrir los efectos de la violencia del combate; pues en esta cubierta, si los hechos que puedan producirse así lo dispusiesen, que va a recibir la sangre y el dolor de aquellos que caigan en defensa de los sagrados intereses de la Patria, estarán los integrantes de la Sanidad de la Armada, preparados para la noble misión de curar; y en ella, estoy seguro, no omitirán ningún sacrificio.”

Zarpamos, según lo planificado, el martes 27 de abril a las tres y media de la tarde desde el muelle “A” de la BNPB con una pequeña delegación de oficiales del hospital naval. Navegamos a lo largo del litoral argentino hasta el día 2 de mayo cuando, luego del hundimiento del crucero ARA General Belgrano, la unidad se dirigió hacia la zona del desastre para recoger a los náufragos.

El día 4 de mayo a partir de las diez de la mañana avistamos las primeras balsas. Durante ese día se recuperaron sesenta y nueve sobrevivientes que fueron rescatados, identificados, alimentados y contenidos, tanto sanitaria como espiritualmente. Pero transcurridas cuarenta tres horas del torpedeamiento, con una sensación térmica que promediaba los nueve grados bajo cero y a unos cien kilómetros del punto del hundimiento, cesó el hallazgo de sobrevivientes. Desde ese momento, desgraciadamente, sólo se hallaron balsas ocupadas por cadáveres que fueron identificados en la medida de lo posible.

En horas del mediodía llegaron tres heridos con graves quemaduras y un cadáver del grupo que rescató el destructor ARA Piedrabuena. Durante la mañana del 5 de mayo se rescató la última balsa con el triste pasaje de siete cadáveres. El 8 de mayo, procedentes del rompehielos de la Armada de Chile, Pi-

loto Pardo, se recibieron dos cadáveres más y por la tarde se produjo el deceso de uno de los quemados que habían sido recibidos desde el destructor ARA Piedrabuena. Habiendo cumplido la misión asignada, el buque hospital se dirigió al puerto de Ushuaia transportando setenta y un sobrevivientes y dieciocho cadáveres, los cuales fueron desembarcados y trasladados el 10 de mayo a la zona de Puerto Belgrano.

La tarde del día 29 de mayo ante una persistente nevada, zarpó el buque hacia la zona de operaciones. Previos contactos y precisas coordinaciones, el 31 de mayo desde la mañana se estableció un encuentro a la distancia con los ingleses a fin de recibir una visita de inspección por parte de una comisión. A las diez y media de la mañana de ese día, avistamos dos helicópteros Sea Lynx ingleses que lentamente y en forma de círculos se acercaron a la popa de la unidad para su aterrizaje. Dos horas más tarde llegaba una comisión integrada por personal de sanidad y de combate inglés que recorrió todas las instalaciones del buque tanto las sanitarias como de máquinas y bodegas. Finalmente, a la una y media de la tarde decoló el helicóptero con la comisión a bordo. La inspección no encontró nada anormal y la recepción fue amistosa. Por la noche, casi madrugada del día siguiente, el Bahía Paraíso zarpó hacia Puerto Argentino.

El 1 de Junio, bien iniciado el día, luego de un encuentro con el Forrest, seguimos sus aguas para ingresar a la rada de Puerto Argentino y fondeamos al mediodía para entregar víveres, equipos y combustibles a través del propio Forrest y del Yehuin (ambos remolcadores). Por la tarde se concretaron varios traslados sanitarios en helicóptero a fin de embarcar veintiséis heridos de diversa consideración.

La mañana del 2 de junio zarpamos en busca de los náufragos de la caída de un avión Hércules C-130 al norte de la Isla Soledad. Los buscamos infructuosamente hasta la madrugada del 4 de junio cuando decidimos abandonar el lugar y dirigirnos al encuentro del buque hospital HMHS Uganda para la recepción de soldados argentinos heridos. Una vez allí, recibimos cuarenta y siete heridos, casi todos ellos quirúrgicos, con un tratamiento inicial concretado; algunos de ellos debieron ser explorados nuevamente. Por la tarde el buque nos condujo a Bahía Fox y, habiendo fondeado en el lugar la mañana del día 5 de junio, comenzamos el traslado en helicóptero de diecinueve heridos, y cincuenta y dos civiles náufragos. A su vez, en apoyo de la sanidad militar de esa zona, entregamos abundante cantidad de medicamentos, instrumental quirúrgico y víveres tanto secos como frescos. Partimos al mediodía hacia Puerto Mitre donde arribamos a las pocas horas de navegación y acogimos trece heridos al mismo tiempo que desembarcábamos víveres, medicamentos e instrumental.

Por la noche, luego del pasaje de un grupo de buques de guerra ingleses por el estrecho de San Carlos, partimos hacia el sur con destino a Punta Quilla. Habiendo arribado, la madrugada del 7 de junio fueron evacuados los heridos y los náufragos, y embarcamos luego abastecimientos de todo tipo, entre ellos sangre, equipos médicos, medicamentos suplementarios, víveres, y otros. Al día siguiente nos dirigimos hacia las Malvinas y al amanecer del 10 de junio, arribamos al área de espera de buques hospital "Red Cross Box". Por la mañana se recibió a los Sres. Phillip Eberlin y Martin Fuhrer, suizos, miembros del Comité Internacional de la Cruz Roja, quienes llegaron en helicóptero para verificar el cumplimiento de las disposiciones de la Convención de Ginebra. No habiendo formulado objeción alguna, fueron trasladados en navegación hasta Puerto Argentino. Por la noche, a través del Forrest y el Yehuin se desembarcaron abundantes cantidades de víveres y combustibles.

El 11 de junio al mediodía se completó el traslado de veintiséis heridos por vía aérea y diez heridos más por vía marítima desde el Yehuin. Por la tarde fuimos al encuentro coordinado con el Uganda del cual arribaron tres heridos para zarpar posteriormente hacia Bahía Elefante.

Al otro día, por la mañana, trajimos dos heridos de Bahía Elefante y entregamos medicamentos e insumos. A su vez, dos nuevos miembros de la Cruz Roja Internacional subieron a bordo y, luego de inspeccionar la unidad, fueron trasladados por vía aérea propia al buque hospital HMHS Hydra. Nos dirigimos luego a Punta Quilla, navegamos todo el día siguiente para llegar finalmente el 14. Allí desembarcaron los heridos, nos abastecimos y pusimos rumbo a las Malvinas. Navegamos hacia el estrecho de San Carlos hasta encontrarnos durante el mediodía del 16 de junio con el Uganda a fin de embarcar cuarenta y cinco heridos y partimos a Puerto Argentino

El 18 de junio, después del mediodía, comenzó el embarque del personal para el repliegue al continente: un total de 1582 combatientes que llegaban por vía aérea y marítima. En horas de la madrugada pusimos rumbo a hacia Punta Quilla donde, habiendo llegado el 20 de junio, desembarcaron los heridos y los combatientes replegados, y zarpamos de regreso a Puerto Argentino por la noche. Ingresamos a su fondeadero el 22 de junio, recibimos militares evacuados y civiles, y partimos por la tarde hacia Puerto Belgrano, adonde arribamos, finalmente, la noche del 24 de junio para el desembarque del personal de sanidad y el material sobrante que regresó al Pañol de Sanidad en Combate.

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS SEGÚN CADA PATOLOGÍA

Las prácticas sanitarias se adecuaron a las diferentes patologías. De los heridos en la zona abdominal o perineal por proyectil, se volvieron a explorar tres casos mientras que se mantuvo al resto bajo control en terapia intensiva. Los ingresados por heridas de bala en el cráneo no requirieron exploración y fueron controlados en terapia intensiva. En cuanto a los heridos por proyectil en el tórax que ingresaron con drenajes, fueron controlados y algunos requirieron una revisión por fallas en el funcionamiento. Otros debieron ser drenados en forma inicial. Afortunadamente, todos tuvieron buena evolución al momento de la evacuación final.

A su vez, los que presentaban heridas de cabeza y cuello recibieron control de la vía aérea, lavado, cepillado y mínimo debridamiento con reducción, fijación e inmovilización del daño óseo.

A los que evidenciaban quemaduras, se les realizó lavado mecánico, limpieza quirúrgica y curas oclusivas, cubriendo al paciente con sábanas estériles.

Los pacientes ingresados con heridas y fracturas expuestas procedentes de la sanidad del enemigo arribaron con un correcto tratamiento y sólo en algún caso debió realizarse un debridamiento posterior por ser insuficiente el inicial. De gran utilidad fue el uso combinado de la férula de Thomas con la transfixión transósea para el caso de lesiones de fémur o tibia.

Asimismo, quienes presentaban “pie de trinchera” recibieron una terapia médica con buena regresión de las lesiones, que fue completada en el Hospital Naval Puerto Belgrano con el uso de la cámara hiperbárica.

En cuanto a la asistencia psiquiátrica, se administró Diazepam o Fenobarbital intramuscular con buen resultado. En un único caso de síndrome de abstinencia por morfina, el mismo cedió mediante el uso de pequeñas dosis de meperidina reiteradas y en diluciones ascendentes.

Con respecto a los pacientes de terapia intensiva, fue necesario en varios casos la intubación o la traqueotomía para efectuar una respiración asistida. En un caso de infarto agudo se realizó monitoreo cardíaco hasta su completa estabilización.

Por último, se realizó gran cantidad de transfusiones sin inconvenientes. Cabe aclarar que para evitar la hemólisis por roldo y vibraciones del buque, se usó un método simple pero muy eficiente, ya que se colocaron los sachets de sangre en forma horizontal sobre planchas de gomaespuma en la cámara frigorífica de verduras (a cinco grados de temperatura y en la línea de cru-

jía), lo que permitió su uso hasta casi treinta días después de su extracción pese a todos los movimientos sufridos.

CONCLUSIONES

Todas las características expuestas anteriormente evidencian que el buque fue un excepcional elemento de trabajo para la recuperación de las víctimas del conflicto armado.

Su misión se centró en la recuperación, tratamiento y evacuación de la bajas de las acciones emprendidas en el marco del teatro de operaciones del Atlántico Sur, recibiendo a los heridos a bordo de las unidades de flota, a los enfermos infecciosos y psiquiátricos de la escuadra, a los heridos del frente de combate evacuados tanto del Hospital Militar Conjunto Malvinas, como de las compañías de las unidades en tierra, con el agregado de los heridos recibidos a través de los buques hospitales ingleses.

Su actividad fue, en consecuencia, la de un hospital de zona en un punto intermedio entre el espacio de operaciones y las bases navales, tanto de Ushuaia como de Puerto Belgrano, que se desempeñó por lo tanto como hospital de evacuación ubicado entre los hospitales de sangre y los hospitales de zona intermedia.

Cumplió, además, tareas importantes de apoyo para el rescate de náufragos, actuando asimismo en la evacuación de prisioneros de guerra. También suministró abastecimientos de dotación fija y consumo, entregando diversos materiales como medicinas, instrumental, víveres, agua y combustible, y cumplimentó fundamentalmente las tareas que le fueron ordenadas por la superioridad en el sentido de apoyar la acción del mantenimiento de la soberanía en la zona de Malvinas

El buque se adecuó a todas las disposiciones del Convenio de Ginebra para aliviar la suerte de los heridos, enfermos y náufragos en el mar. Dos delegaciones de la Cruz Roja, habiendo recibido las comunicaciones pertinentes, visitaron y verificaron el estado de las instalaciones en dos oportunidades durante las cuales no observaron ninguna anormalidad sino, por el contrario, el cumplimiento de su tarea en forma correcta y con total neutralidad de acuerdo con las directivas que se le impartían desde la central en Ginebra.

El buque hospital ARA Bahía Paraíso, si bien por su concepción y funcionamiento actuó como tal, en la práctica fue un transporte de heridos pues efectuaba la evacuación de los mismos al continente operando únicamente

como hospital en el lapso que duraba la travesía, ya que luego el paciente era derivado a un hospital del interior, y en ningún momento recuperó heridos para el frente de combate.

Los conocimientos profesionales y técnicos del personal superior y subalterno se adecuaron a esta contingencia, y fueron adaptándose a su vez a las necesidades operativas del Departamento Sanidad en Combate del buque, ya que se trabajó de la misma manera que en un hospital del continente, y la situación táctica nunca superó o postergó la realización de un tratamiento.

Por último, cabe consignar el excelente espíritu de cuerpo demostrado por la totalidad del personal de sanidad en una tarea ímproba, sometidos a un stress que no conocían, en una situación de guerra que también les era novedosa durante la cual supieron trasladar su calor y apoyo al enfermo en bien de su recuperación, creando un marco de alivio y humanidad ante el terrible sacrificio de los soldados combatientes.

ESTADÍSTICAS

Heridos en combate	148	64,06%
● Cabeza y cuello	31	20,94%
● Quemados	12	8,10%
● Abdomen	11	7,43%
● Tórax	7	4,72%
● Traumatológicos (amputados)		
■ Dedos	2	1,35%
■ Pierna	2	1,35%
■ Muslo	2	1,35%
● Traumatológicos (heridos)	81	54,76%
A causa del combate	25	10,82%
Pie de trinchera	24	96,00%
Congelamiento	1	4,00%
Enfermedades comunes	58	25,10%
● Vías respiratorias	3	5,17%
● Vías urinarias	1	1,78%
● Infarto	2	3,44%
● Infecciosas	20	34,48%
● Úlcera gástrica	1	1,72%
● Afecciones quirúrgicas	4	6,89%
● Afecciones traumatológicas		
■ Luxación miembros superiores	2	3,44%
■ Luxación miembros inferiores	1	1,72%
■ Politraumatismos	1	1,72%
● Confusión	11	18,96%
● Desnutrición	7	12,06%
● Alteraciones psiquiátricas	5	8,72%
Total de pacientes atendidos	231	

De acuerdo con el tipo de armas	
Artillería y morteros	62.15%
Armas portátiles	28.37%
Quemados	6.75%
Minas antipersonales	0.67%
Otros agentes	2.06%
Personal del crucero ARA Gral. Belgrano	
Sobrevivientes	71
Heridos	16
Muertos	18



El Bahía Paraíso zarpó de la BNPB a recoger a los náufragos del crucero Gral. Belgrano pintado aún con los colores antárticos (crema y naranja) con el solo agregado de las cruces en el casillaje y la bandera blanca con la cruz roja. En Ushuaia se pintó el casco color blanco.

Esa pintura fue aplicada con rodillos desde botes y finalizada pocas horas antes de la zarpada para las Islas. Lo mismo ocurrió con los helicópteros.

Fuente: Walter Mingelgrun



El buque hospital Bahía Paraíso en navegación hacia el Teatro de Operaciones acondicionado según la Convención de Ginebra.

Fuente: Histarmar



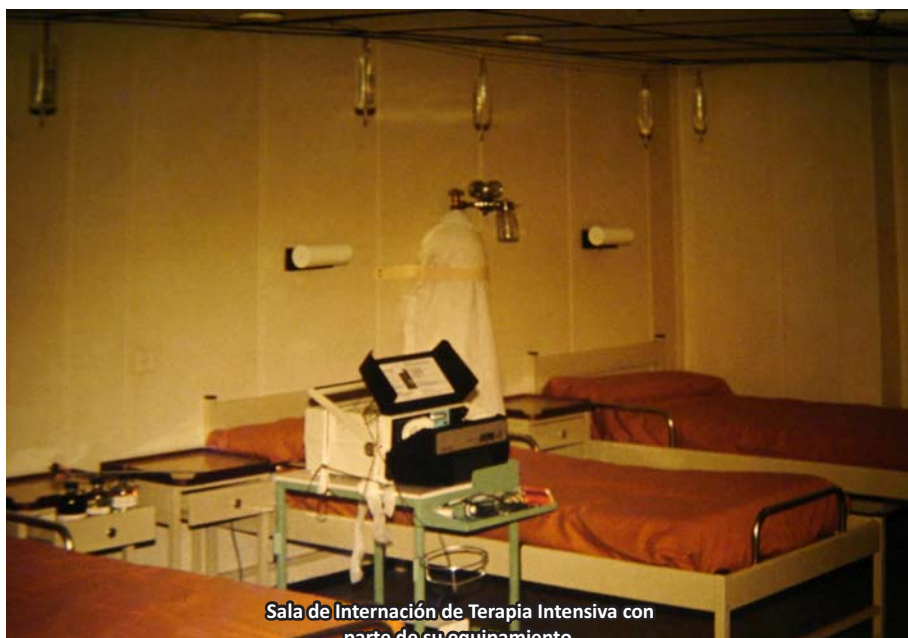
**Cuchetas dobles ubicadas en las bodegas del BHBP
preparadas para Internación General.
Fuente: Alberto Coletta**



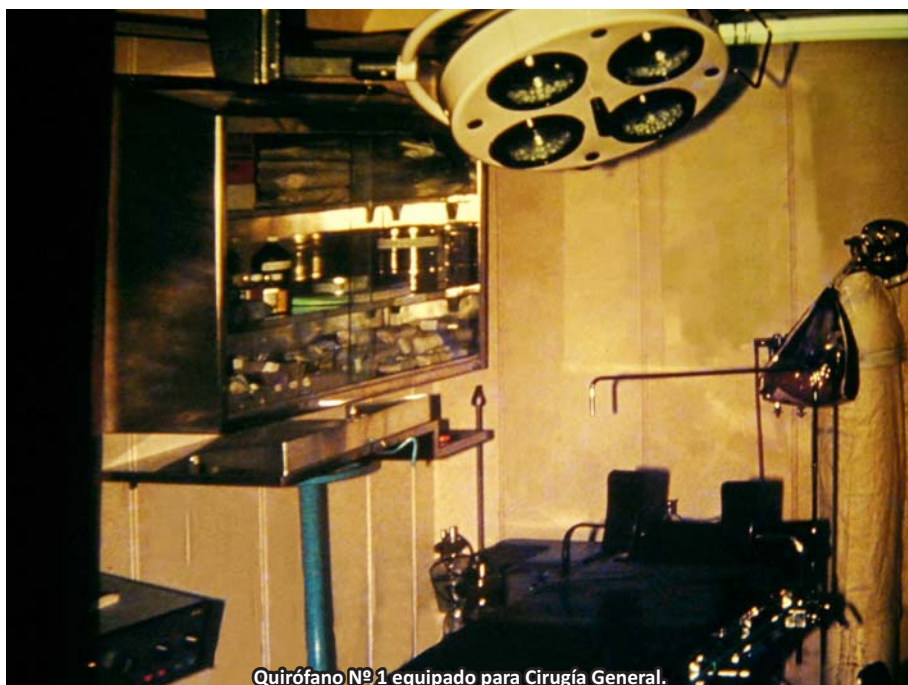
**Centro de Recepción y Clasificación de Heridos N° 1
ubicado en el comedor de tropa.
Fuente: Alberto Coletta**



**Ejercicio de Recepción de Heridos por vía marítima
utilizando camilla de Stokes, grúas y aparejos del buque.
Fuente: Alberto Coletta**



**Sala de Internación de Terapia Intensiva con
parte de su equipamiento.
Fuente: Alberto Coletta**



Quirófano N° 1 equipado para Cirugía General.

Fuente: Alberto Coletta

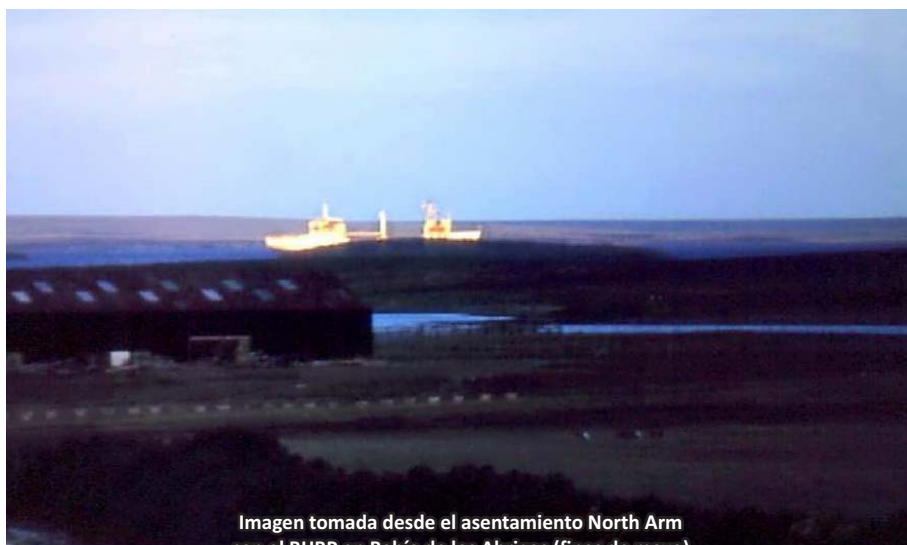


Ejercicio de traslado de heridos desde la vía marítima
al Centro de Recepción y Clasificación de Heridos N° 1.

Fuente: Alberto Coletta



**Tobogán por donde se desplaza la camilla de Stokes, forma parte del mismo ejercicio de Recepción, Traslado y Clasificación de Heridos.
Fuente: Alberto Coletta**



**Imagen tomada desde el asentamiento North Arm con el BHP en Bahía de los Abrigos (fines de mayo)
Fuente: desconocida**



**El BHBP fondeado en la ría de
Puerto Argentino junto al Forrest.
Fuente: desconocida**





El BHBP fondeado en la ría de Puerto Argentino. Se observa el hospital civil.

Fuente: Eduardo Rotondo



El BHBP fondeado en la ría de Puerto Argentino junto al remolcador Forrest.

Fuente: desconocida



Por disposición de la Convención de Ginebra,
los buques hospital deben permanecer iluminados
durante los horarios nocturnos.
Fuente: desconocida

1113 START EVENT 0401 - VISUAL IDENTIFICATION M91
CO COMMENT
I am in position 55 52.15 60 55.0W, approximately 40 miles SSE
of the BELGRANO datum. I am almost underneath M91. The intention
is to go underneath to obtain the best fire control solution, then
to open ahead and to the North of her to 1500 yds off track. Once
I have confirmed that she has not altered course I shall come up
and take a look at her on the port beam, ready to fire in the unlikely
event that she is a warship. PCS (Good) 110/0.6 kysda 110/15.5
AOB Right Astern

1125 On top.

1126 C/C OBO C/S 21 to open out

1134 Sunrise

1136 DOT now 1400X C/C 100

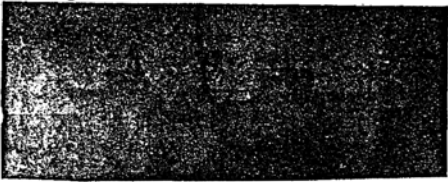
1141 C/D PD C/S 6 C/C 000 to look at M - 91

1144 CO COMMENT
M - 91 visual description. Red hull, Pennant number B1. Unbroken
deck line. Two superstructures with well deck in between with
crans. Helo deck aft of second super structure, which must be
a hangar. No helo on deck. Both superstructures White Large
Red Cross on after White Superstructure. Very short focale.

1145 Taking photograph of M - 91
Nothing else visual

1148 C/D 260

1149 END EVENT 0401
CO END OF EVENT SUMMARY
M - 91 believed to be the BAHIA PARAISO being used as a hospital
ship.
Intelligence gained a. TPK 11.3
b. Pennant number B1

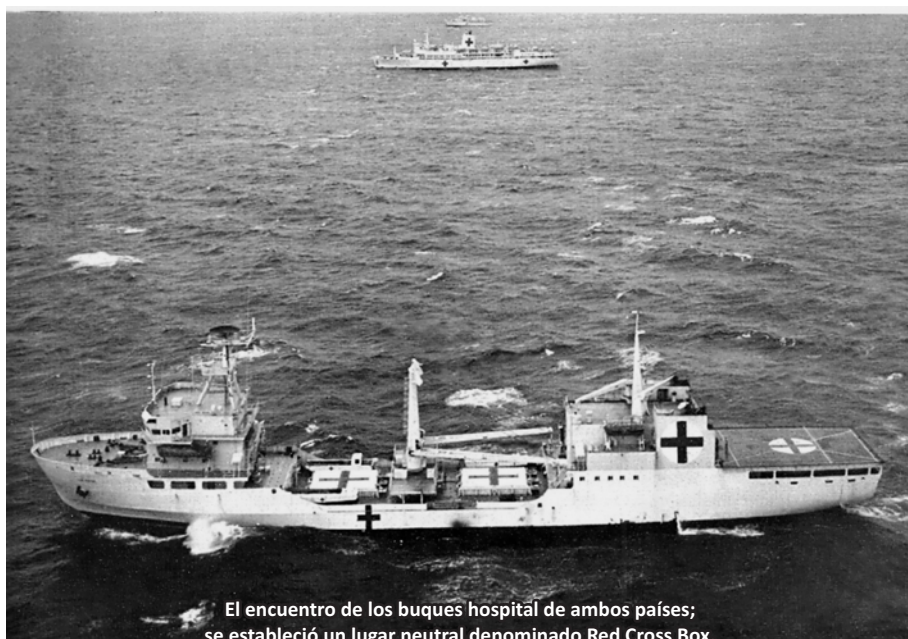


1153 B - 060 - S92 }
B - 099 - S93 } All sector contacts, no classification
B - 060 - S94 }

Reporte de procedimientos del
submarino HMS Conqueror
señalando la identificación visual
del buque hospital Bahía Paraíso
durante el rescate de los
sobrevivientes del crucero
General Belgrano.
Fuente: MOD



**El buque hospital británico Uganda y el Bahía Paraíso
en el Red Cross Box: zona de intercambio de heridos e insumos.
Fuente: IWM**

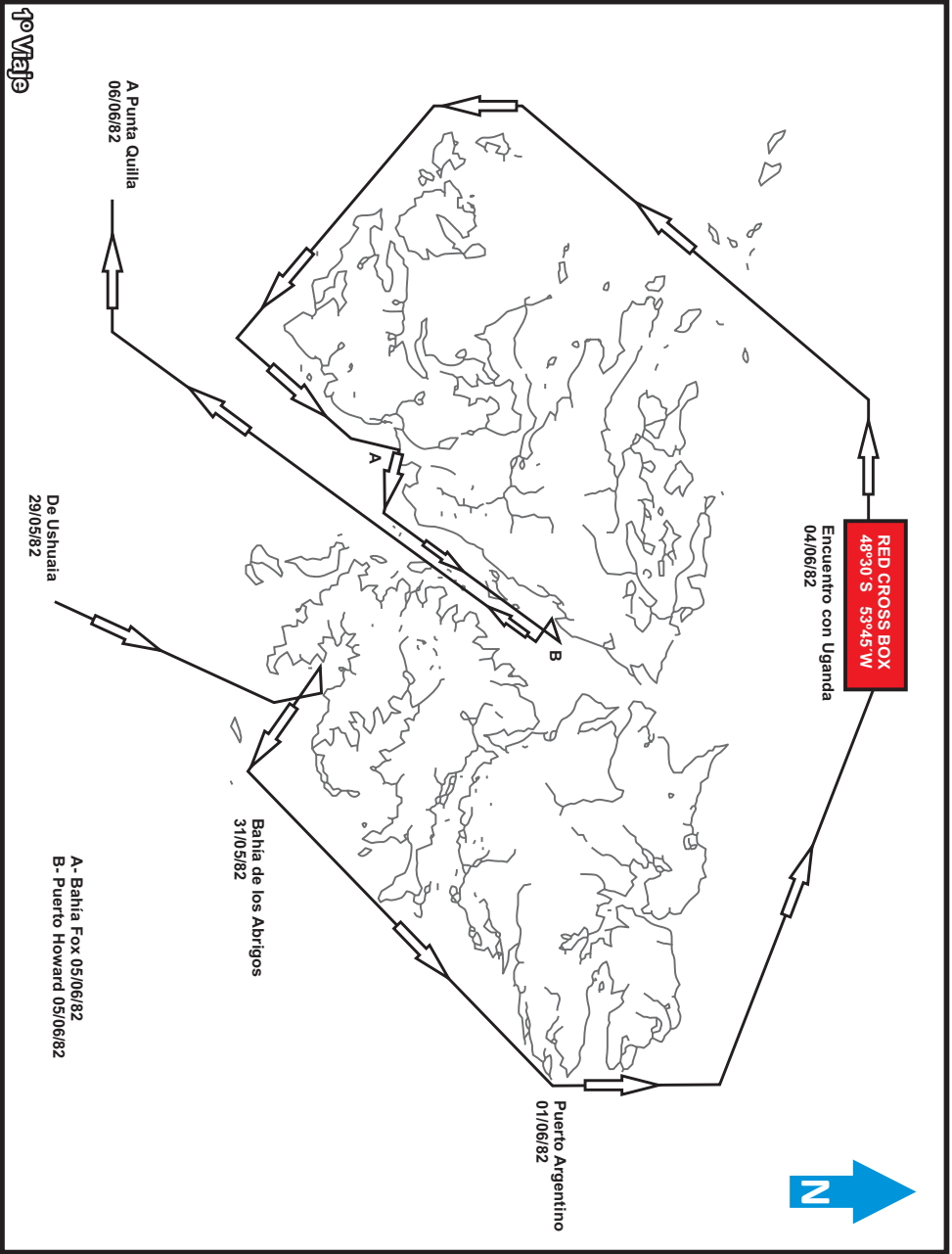


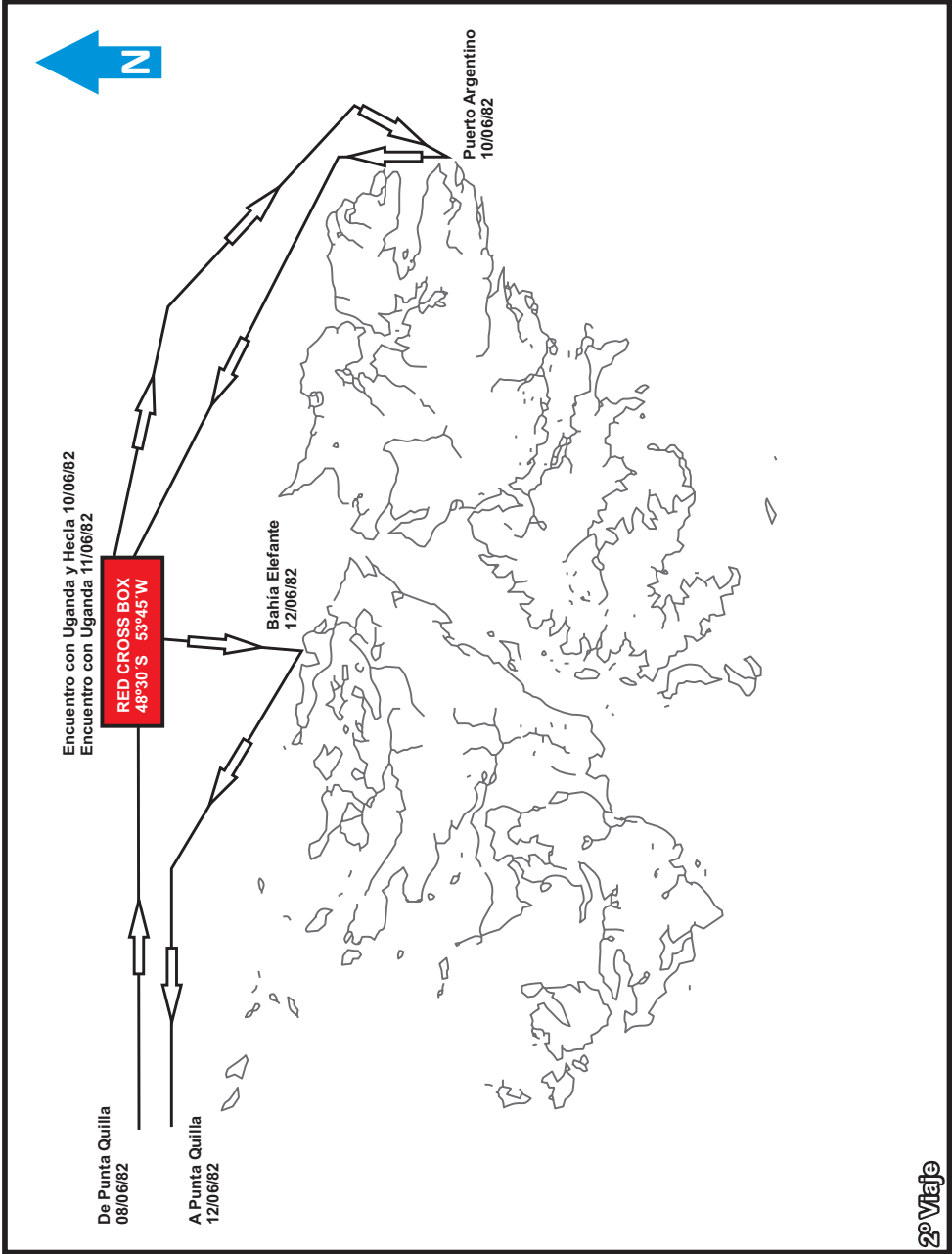
**El encuentro de los buques hospital de ambos países;
se estableció un lugar neutral denominado Red Cross Box.
Se observan los buques Bahía Paraíso, Uganda y otro menor.
Fuente: IWM**

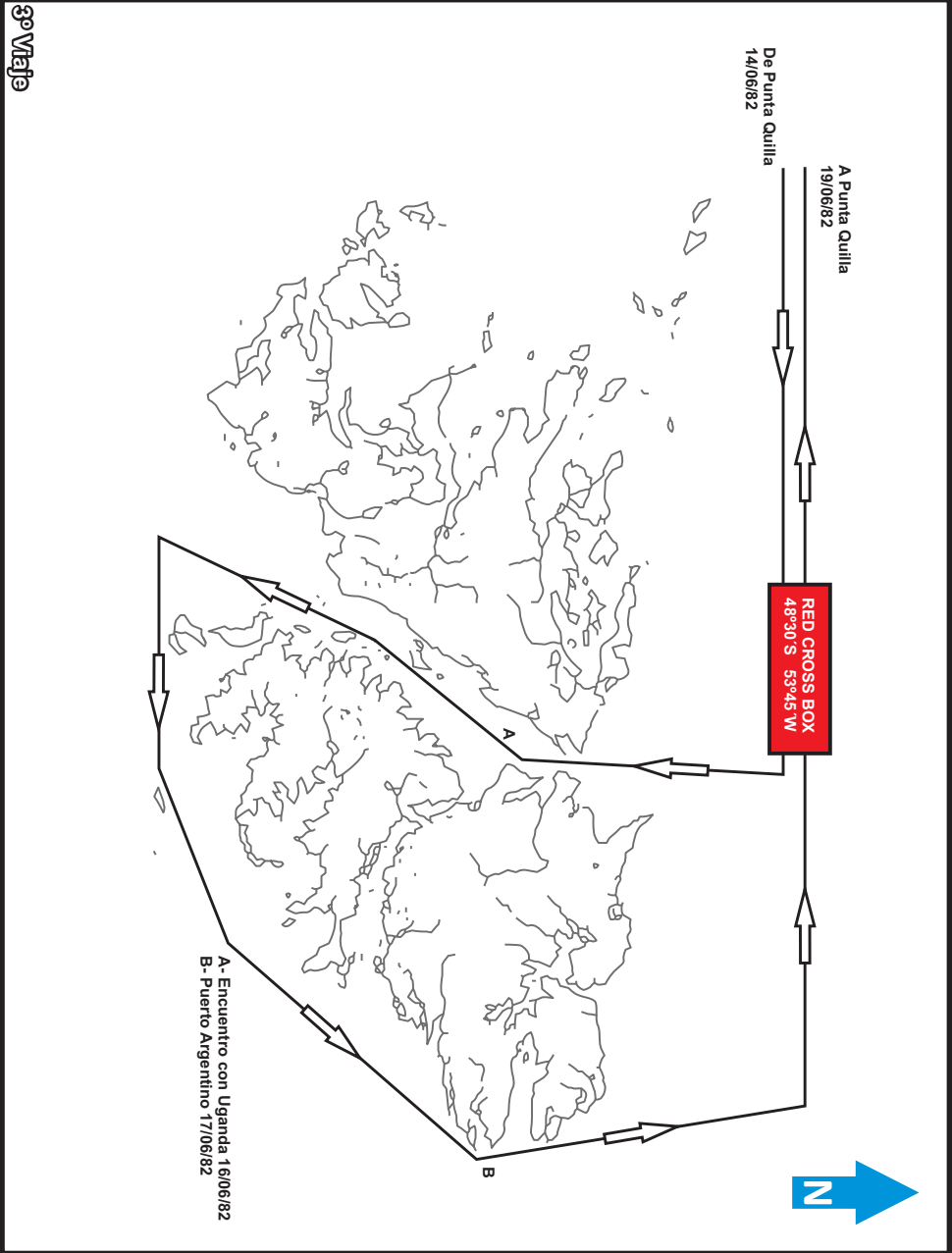


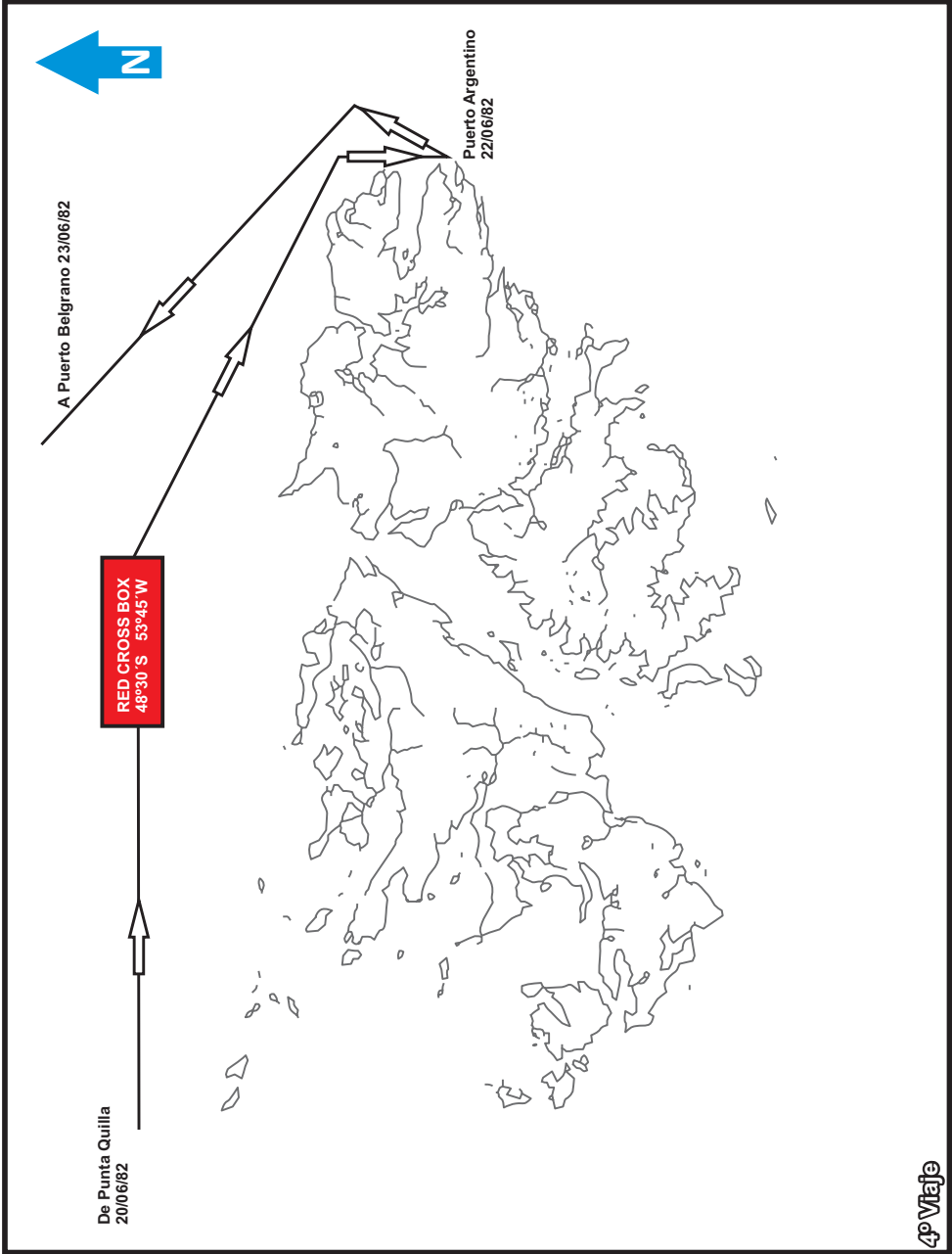


El jefe de departamento sanidad en combate del BMBP
capitán de corbeta médico Pascual Pellicari junto a su
pares británicos en el buque hospital Uganda.
Fuente: Alejandro Amendolara











BUQUE HOSPITAL ARA ALMIRANTE IRIZAR

CNME VGM José Alberto Montivero

Durante la Guerra de Malvinas de 1982 este rompehielos, que habitualmente abastecía las bases antárticas, fue convertido en un hospital flotante de ciento sesenta y dos camas con la misión de brindar asistencia sanitaria a las bajas producidas. La decisión tomada en el marco del planeamiento estratégico operacional implicó su alistamiento en setenta y dos horas.

La Cruz Roja Internacional (CRI) en el artículo 26 del tercer convenio definió a los rompehielos como naves ideales para esa función, más aún, habida cuenta de las condiciones de navegación imperantes en el Océano Atlántico Sur.

El 7 de Mayo de 1982 las autoridades argentinas comunicaron a las autoridades británicas la identidad de tres navíos configurados como buques hospital a fin de completar la cadena de evacuación médica en el teatro de operaciones. Las tareas previas de alistamiento se llevaron a cabo en los talleres generales de la Base Naval Puerto Belgrano.

Primeramente, se pintó la nave con trescientos kilogramos de pintura blanca y con cruces rojas en la superestructura, en cada una de las tapas de bodega, en la cubierta principal, en la cubierta de vuelo, en la chimenea y en ambas bandas sobre la línea de flotación (según el artículo 43, II Convenio CRI).

A continuación, se realizó el armado de maniobras de pescantes sobre ambas bandas, para arriar camillas con bajas evacuadas por mar desde buques que transporten heridos. A su vez, se acondicionó el hangar de helicópteros (pañol) como lugar de recepción y triage¹ (escrutinio, selección inicial), el comedor de tropa como segundo lugar para la recepción de heridos y triage, un

¹ *Triage: es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes, basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo con las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.*

consultorio odontológico para cirugía máxilo-facial y una refrigeradora para almacenamiento de cadáveres.

Por último, se llevaron a cabo las siguientes instalaciones: en la cubierta 1, una sala de triage e internación general con cuarenta y cinco camas; en la cubierta principal, una sala de internación general con ciento cinco camas trincadas perpendiculares a la crujía para minimizar los efectos del rolido; iluminación individual en las camas de internación; una estación de enfermería en el pañol de cargas pesadas de la bodega 2; una sala de terapia intermedia en la cubierta 2 con cuatro camas de internación; una sala de terapia intensiva de ocho camas; quirófano principal en la cubierta 3; un quirófano en cubierta principal y un quirófano auxiliar en el gabinete oceanográfico; rampas rebatibles salva-escaleras para los desplazamientos internos de las camillas; una sala de esterilización de material contigua al quirófano; un laboratorio de análisis; una sala de yesos; una cámara hiperbárica y de macro aparatología hospitalaria; una sala de Rayos X y una bañera para tratamiento de quemados. Así mismo se embarcaron carros térmicos para el reparto de comidas calientes.

La dotación estuvo integrada por dos grupos diferentes: por un lado, la tripulación habitual de oficiales y suboficiales navales de cuerpo comando y, por otro lado, los oficiales del cuerpo profesional de sanidad naval y suboficiales enfermeros con destino habitual en hospitales navales en tierra, a los que se sumaron un capellán militar e instrumentadoras quirúrgicas civiles.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL BUQUE

El rompehielos fue construido en el Astillero Wartsila de Helsinki (Finlandia). Posee una eslora máxima de 121,4 metros y una manga máxima de 25,2 metros. Su capacidad de almacenamiento de agua potable es de 227,2 litros y está equipado con dos guinches eléctricos y dos grúas con capacidad para dieciséis toneladas. Está provisto de dos lanchas hidrográficas con capacidad para dieciocho personas cada una, tres botes neumáticos marca Zodiac para diez personas cada uno, un bote neumático marca Callegari para ocho personas y doce balsas salvavidas marca Nordisk-Gummibads Viking para veinte personas cada una. En la cubierta de vuelo se hallan dos hangares para helicópteros SH-3D Sea King, los cuales pueden transportar catorce enfermos en camillas cada uno.

El buque cuenta, a su vez, con ascensores internos para acceso a las áreas críticas (quirófano principal, unidades de terapia intensiva y terapia intermedia). Los pasillos de circulación y portas de compartimentos tienen el an-

cho suficiente como para permitir el rápido traslado en camillas y sillas de ruedas. Asimismo, un sistema de aletas estabilizadoras que minimizan los efectos del rolido durante la navegación.

La tripulación se aloja en confortables camarotes lejanos de los sectores de internación, y los servicios (comidas, lavandería, y demás) son suficientes como para darle autonomía durante largos períodos de campaña invernal.

Como buque hospital navegó más de cinco mil millas náuticas por las difíciles aguas del Atlántico Sur durante la Guerra de Malvinas.

TRATAMIENTOS MÉDICOS A BORDO

En materia de asistencia médica en situaciones de catástrofe en general y particularmente en la guerra, la clasificación inicial de los heridos (cuando la afluencia de bajas es masiva) es de fundamental importancia, ya que permite optimizar los recursos existentes en el lugar y decidir oportunamente las evacuaciones. Si bien la capacidad asistencial debe estar orientada a las heridas producidas durante los combates no debe descuidarse el tratamiento de aquellas afecciones no relacionadas directamente con los mismos. Este último aspecto es el denominador común de los conflictos actuales donde más del setenta por ciento de las consultas médicas no guardan relación con hechos de guerra, y en determinadas circunstancias (como una situación táctica adversa) constituyen una sobrecarga logística para el sistema de sanidad.

Por lo expuesto se requiere que el personal médico que efectúa el triage sea el más experimentado y con criterio, y que el método elegido sea sencillo, sensible y específico; de este modo, si es sencillo se obrará con rapidez, si es sensible incluirá a todos los pacientes graves, y si es específico evitará incluir a los que tienen un compromiso moderado o leve de su salud.

A bordo del buque hospital Almirante Irizar se estableció un doble sistema de triage; el inicial se efectuó en el punto de ingreso del herido al buque (generalmente evacuado por helicóptero) y en un local del hangar vecino a la cubierta de vuelo. Para la toma inicial de decisiones se tuvieron en cuenta básicamente dos parámetros: los signos vitales y el nivel de conciencia. En base a ello el criterio de clasificación inicial se dividió en tres clases según: necesidad de resucitación, cirugía de urgencia, posibilidad de esperar.

Si bien esta nave actuó como tercer escalón en la cadena de evacuación, la situación táctica adversa hizo que, sobre el final de la guerra, los heridos fuesen evacuados directamente desde las primeras líneas al buque.

Un segundo triage, a cargo de un cirujano general y un médico clínico experimentados, se llevó a cabo en un sector vecino a la sala de internación general en la cubierta 1 discriminándose entre: inmediatos, con lesiones severas en el torso y/o en extremidades, o con quemaduras mayores al treinta por ciento; demorados, clínicamente estables con lesiones en extremidades o quemaduras menores al treinta por ciento; mínimos, con lesiones no cavitadas, fracturas simples o quemaduras leves; expectantes, con mínimas posibilidades de sobrevida; y, por último, psiquiátricos, con síndrome de stress post-traumático.

La identificación de los pacientes clasificados se efectuó marcándoles una letra con lápiz dermográfico en la frente (a los que requerían cirugía se les marcaba la letra “Q”, a los derivados a clínica la “C” y a los de terapia intensiva, “TI”)

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LOS TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS

Como primera medida, se consideró a todas las heridas de guerra como contaminadas y se procedió en consecuencia. De este modo, se asignó prioridad a los tratamientos de reanimación incluidos la punción pericárdica y el drenaje de neumotórax.

Respecto de la clasificación de las heridas, a aquellas causadas por proyectil se las consideró sospechosas de presentar daño vascular, aunque la aparente trayectoria del proyectil no coincidiese con la anatomía (exploración); en las heridas de los miembros se realizó amplio desbridamiento, fasciotomías, limpieza y cierre diferido; en las de los miembros con compromiso óseo se utilizaron fijadores externos o tracciones con férulas; en las heridas penetrantes de abdomen se efectuó laparotomía exploratoria; para las múltiples provocadas por proyectiles fragmentados de artillería se constituyeron equipos multidisciplinarios.

En cuanto a las lesiones de intestino delgado y estómago, se efectuaron suturas o resecciones parciales; en las de colon se procedió a la exteriorización; el ochenta y cinco por ciento de las lesiones torácicas se solucionaron con tubos de drenaje bajo agua.

Finalmente, la amputación se utilizó como último e inexorable recurso teniendo en cuenta los niveles funcionales óptimos para un ulterior equipamiento protésico.

LOS LINEAMIENTOS GENERALES PARA LOS TRATAMIENTOS CLÍNICOS

En los tratamientos clínicos, se asignó prioridad a los procedimientos de reanimación. A su vez, todos los pacientes con heridas de guerra recibieron terapia antibiótica y antitetánica, y los tratamientos de fluidoterapia se hicieron con lactato de sodio más polygelina. Se contó, asimismo, con ciento cuarenta unidades de sangre entera y ciento cincuenta unidades de plasma como también con la tripulación del buque hospital a modo de eventual banco de sangre viviente. Afortunadamente, no se registraron casos de depresión respiratoria por el uso de morfina. Cabe señalar que el tratamiento en cámara hiperbárica a tres atmósferas resultó un complemento fundamental en la terapia de las lesiones por frío (pie de trinchera) y en todos los procesos sépticos en general; en relación con esto último, se revalorizó el concepto de que lo único probadamente útil en las lesiones por frío (pie de trinchera) es la medicina preventiva.

EL PERSONAL

La totalidad del personal de sanidad embarcado (excepto seis instrumentadoras quirúrgicas) desempeñaba habitualmente sus funciones en el Hospital Naval Pedro Mayo y en el Hospital Naval Puerto Belgrano. A bordo del buque hospital se constituyó una organización denominada CeSaCo (Central de Sanidad en Combate) encargada de la centralización, el comando y el control de las actividades asistenciales.

En él se embarcaron quince oficiales capacitados en las diferentes especialidades médicas y dieciocho suboficiales con capacitación como técnicos en hemoterapia, radiología, anestesia, y otros. Este personal se distribuyó por rol de funciones en las siguientes áreas: triage inicial y definitivo, internación general, cirugía general, internación en terapia intermedia, internación en terapia intensiva, anestesiología, odontología, abastecimientos sanitarios, laboratorio, hemoterapia, cámara hiperbárica, radiología, traumatología, cirugía maxilofacial y detalle de sanidad.

Según su especialidad médica el buque albergaba, con cargo de oficiales, a cuatro cirujanos generales y dos traumatólogos, dos anestesiólogos, tres clínicos, un terapeuta, un bioquímico, un odontólogo y un cirujano maxilofacial. Como suboficiales, contaba con dos técnicos en anestesia, dos en yesos, uno en radiología, uno en hemoterapia, uno en medicina aeronaval y once enfermeros generales. También participaban seis instrumentadoras quirúrgicas civiles, y treinta y seis camilleros conscriptos.

PLANIFICACION OPERATIVA

Las autoridades argentinas comunicaron el alistamiento del buque ARA Almirante Irizar el día 7 de mayo de 1982, y el día 15 del mismo mes ingresó a la Base Naval de Puerto Belgrano para comenzar la conversión de buque polar en hospital. Zarpó rumbo al teatro de operaciones como buque hospital el día 7 de junio de 1982 y navegó 1538 millas marinas hasta arribar a Puerto Argentino en las Islas Malvinas en su viaje inicial.

Como tercer escalón en la cadena de evacuación desde el territorio insular de Malvinas hacia el continente, recibió heridos desde el hospital de Puerto Argentino por vía marítima y helitransportada, directamente desde el frente de batalla y desde otro buque hospital británico. Se procedió a su tratamiento a bordo y posterior evacuación a los puertos continentales con facilidades hospitalarias de cuarto escalón (Ushuaia, Comodoro Rivadavia, Puerto Belgrano).

Finalizados los combates, el día 21 de junio cumplimentó su función sanitaria con la de transporte de tropas, evacuando más de dos mil combatientes desde las Islas Malvinas al puerto de Ushuaia (esta tarea fue autorizada y supervisada por veedores de Cruz Roja Internacional, en el marco de una acción humanitaria).

INSTRUCCIÓN Y ADIESTRAMIENTO

Una vez embarcada la totalidad del personal de sanidad (hecho que sucedió durante las setenta y dos horas previas a la zarpada) el peso del esfuerzo se volcó en la distribución del personal por rol de funciones y en la distribución del material para lo cual se trabajó diecisiete horas diarias.

Inicialmente no se contó con instrumentadores quirúrgicos por lo que la organización del material de cirugía se vio seriamente dificultada y los cirujanos tuvieron que comenzar a instruir y adiestrar personal para esa función. Esto último se subsanó con el arribo de seis instrumentadoras civiles que habitualmente desarrollaban su tarea en el Hospital Militar de Buenos Aires y que abordaron el buque a la altura de Puerto Madryn con el objetivo inicial de desempeñarse en los quirófanos del hospital de Puerto Argentino. Esto último no pudo finalmente concretarse por circunstancias de la guerra.

Las primeras medidas de adiestramiento se orientaron al conocimiento del buque y roles de abandono en caso de naufragio. En navegación se dictaron clases al personal de enfermería de las jerarquías más bajas (y por ende menos experimentado) en: extracciones de muestras para laboratorio, métodos

de inmovilización provisoria, colocación de fluidos parenterales y cambios de ropa, aseo y preparación pre-quirúrgica de pacientes.

Los enfermeros más capacitados se incorporaron al grupo anterior y se dictaron las siguientes clases: resucitación cardio-pulmonar (RPC), perforación de abdomen, perforación de tórax, fracturas abiertas y cerradas, quemaduras, traumatismos de cráneo, traumatismos máxilo-faciales y atención de bajas química-biológicas.

Simultáneamente, se efectuaron prácticas para la recepción de heridos en cubierta de vuelo y su traslado al centro de triage, y en consecuencia se mejoraron los tiempos empleados en cada maniobra. Los camilleros practicaron los desplazamientos de sillas de ruedas y camillas por el interior de la nave, y el acceso a todos los locales asistenciales (se ejercitó particularmente la maniobra de rampas salva-escaleras con camillas rígidas tipo Stoke-Adams).

LOS RESULTADOS

El rompehielos ARA Almirante Irizar fue configurado como buque hospital en aproximadamente quince días, tarea a la que se abocaron los talleres navales de la Base Naval de Puerto Belgrano. En las últimas setenta y dos horas se incorporó al personal, se obtuvieron equipamiento e insumos, y se efectuó la distribución por rol de funciones y el correspondiente adiestramiento del personal durante la navegación inicial a Malvinas.

Durante el conflicto se atendió a doscientos setenta y nueve pacientes con diversas afecciones. El cincuenta por ciento correspondió a heridos por proyectiles de artillería, setenta por ciento de los cuales tuvieron sus lesiones localizadas en las extremidades. El dieciséis por ciento de las bajas se debió a lesiones por frío conocidas como pie de trinchera. Hubo dos muertes a bordo, de pacientes con graves lesiones toráxico-abdominales por proyectiles de fragmentación y que no lograron superar el acto quirúrgico.

Debido a la situación táctica adversa (por momentos las fuerzas propias recibieron más de mil proyectiles por hora disparados por cincuenta y dos piezas de artillería británicas, a lo que debió sumarse el fuego naval de apoyo, y el fuego aéreo de buques y aviones ingleses), el Irizar actuó como tercer escalón en la cadena de evacuación hacia los hospitales de mayor complejidad en el continente, sin poder recuperar heridos para el combate.

Al finalizar las acciones, se transportaron de regreso al continente más de dos mil combatientes como parte de una tarea humanitaria aprobada y reconocida oficialmente por la Cruz Roja Internacional.

DISCUSIÓN

A partir de la experiencia adquirida, se observa la vital importancia de incorporar a un oficial de sanidad al Estado Mayor durante el proceso de planeamiento estratégico de una operación militar.

Asimismo, de acuerdo con una correcta apreciación de sanidad, se deberán contemplar aspectos como el estado de salud del personal antes de su despliegue en el teatro de operaciones, el clima, la hidrografía, el terreno del área en conflicto y la implementación de las correspondientes medidas en medicina preventiva. También, realizar observaciones sobre la población local, sus costumbres, posibles enfermedades que superen las facilidades sanitarias locales, los transportes, las instalaciones y sus capacidades. Por último, tomar conocimiento de la potencia de fuego del enemigo y el armamento por utilizar. Todo esto conducirá a mejorar el primer paso del ciclo logístico: la determinación de los requerimientos.

Por lo tanto, el oficial de sanidad que se enfrente ante un problema logístico tendrá que dar respuestas a los siguientes interrogantes: ¿qué se necesita?, ¿cuánto?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿cómo?, y, luego, ¿cómo se lo envía al lugar destinado?, ¿de qué manera se almacena lo provisto?, y, por último, ¿cómo superviso la operación logística?

A su vez, se hace imprescindible tanto la presencia de un oficial farmacéutico a bordo del buque hospital, que colabore en estos aspectos logísticos, como también la de un hemoterapeuta para el manejo de la sangre y sus derivados. Del mismo modo, habida cuenta de la complejidad de la aparatología hospitalaria instalada a bordo y si la campaña se prevé prolongada en el tiempo, se tornará necesaria la presencia de un técnico en electromedicina para su mantenimiento y reparación.

Otros especialistas de suma necesidad son instrumentadores quirúrgicos, pues las salas de operaciones solo pueden ser eficazmente operativas cuando se cuenta con estos, y un nutricionista para la confección de las dietas destinadas a los enfermos, particularmente los post-operados; además, debido a la progresiva incorporación de la mujer a las unidades de combate, deberá preverse la presencia de especialistas en ginecología en un buque hospital.

No deben descuidarse tampoco los enfermos psiquiátricos; solo un especialista en psiquiatría puede determinar si el paciente es un simulador, si está aquejado de un trastorno de adaptación menor o si padece de un síndrome de stress post-traumático.

Por otro lado, la guerra, como situación de catástrofe, implica que en determinados momentos los recursos humanos y materiales se vean superados por la afluencia masiva de bajas. Por esta razón se requiere que el personal afectado al triage sea experimentado y con criterio, ya que las maniobras de resucitación comienzan a realizarse en el mismo instante en que arriban los heridos, por lo cual debe evitarse la sobrecarga logística que significa invertir recursos en la atención de pacientes que pueden esperar.

Durante la Guerra de Malvinas, a bordo del Irizar se revalorizaron los conceptos sobre los tratamientos clínicos y quirúrgicos para los heridos de guerra: explorar las heridas abdominales, hacer explenectomías cuando hay compromiso del bazo, colocar tubos de drenaje torácico y diferir el cierre en heridas graves de las extremidades, son principios básicos que se reafirmaron.

A futuro será necesario sistematizar estos tratamientos de manera tal que comiencen a implementarse en el frente de batalla y finalicen en los hospitales de mayor complejidad del territorio bajo una misma directriz.

Deberá, asimismo, implementarse una buena política de profilaxis, ya que la experiencia indica que la lesiones por frío se tratan manteniendo al combatiente “caliente, seco y en movimiento”. Los heridos afectados de pie de trinchera deben ser hidratados convenientemente porque la deshidratación hace a la fisiopatogénesis de la afección.

Por último, habrá que considerar también que el ahorro del agua en navegación conlleva a incorporar materiales de lencería descartable y al uso de telas impermeables para forrado de colchones.

Por otro lado, todo el personal embarcado debe ser instruido en aspectos esenciales del Derecho Internacional Humanitario y particularmente en el uso de los emblemas protectores de Cruz Roja, trato de heridos, de prisioneros y civiles en general. El Irizar, al igual que la mayoría de los buques afectados a misiones sanitarias en el Atlántico Sur en 1982, cumplió con lo establecido en los Convenios de Ginebra; sin embargo, no se dispuso de la luz azul destellante para identificación nocturna o en condiciones meteorológicas adversas. Al respecto, un buque hospital británico improvisó instalando una luz azul destellante, como la del patrullero policial, la cual pudo ser visualizada con anteojos prismáticos desde siete millas marinas de distancia.

La situación táctica imperante (pérdida del control aéreo) impidió una eficaz evacuación helitransportada de heridos por lo que se requirieron embarcaciones de transporte para evacuarlos hacia el buque hospital. Asimismo, las difíciles condiciones de navegación en el Atlántico Sur dificultaron el anavi-zaje sobre la cubierta del Irizar que debió soportar escoras mayores a cinco gra-dos y vientos relativos mayores a los veinte nudos.

La opinión de Cruz Roja Internacional sobre los medios empleados para la evacuación de heridos por parte de ambos bandos contendientes fue que re-sultaron insuficientes. El empleo de los helicópteros SH-3D Sea King implicó el adiestramiento del personal de sanidad en maniobras de aproximación y trasla-do de los heridos.

A los efectos de un comando, control y comunicaciones centraliza-das resultó vital la organización de la CeSaCo (Central de Sanidad en Comba-te) la cual actuó coordinando el accionar de los médicos a bordo y como enla-ce con el resto de la dotación encargada de tripular el buque (aproximada-mente ciento veinte hombres). Uno sólo de los buques hospital argentinos contó con facilidades de equipamiento instaladas y especialista para tratar quemaduras graves.

La experiencia existente sobre datos estadísticos recogidos en las últi-mas guerras convencionales permite afirmar que la recolección de datos lleva implícito un margen de error entre el ocho y el veinticinco por ciento. Esto tie-ne implicancias científicas y médico-legales (registro necrológico, incapacida-des y otros).

Los buques hospital de ambas partes tuvieron una zona de encuentro de veinte millas marinas, ubicada al noreste de las Islas Malvinas y en un sec-tor denominado “Red Cross Box”. Aquí se produjo el intercambio de heridos (y en una oportunidad, de insumos), sin interferir con el resto de las operaciones militares.

Finalmente, las comunicaciones (de acuerdo con el segundo convenio de Ginebra) debieron efectuarse en forma directa, sin codificar, lo que provocó el aislamiento informativo del Irizar sobre la evolución de la guerra y por ende la ausencia de maniobras anticipadas para recibir a los heridos.

CONCLUSIONES

El buque hospital integra el apoyo logístico flotante y actualmente no se concibe una operación naval-anfibia que no cuente con esta nave sanitaria.

El alistamiento del Irizar durante el conflicto del Atlántico Sur en 1982 fue una ejemplar transformación de un rompehielos en hospital que permitió actualizar y revalorizar conceptos de planeamiento y de logística operativa. Asimismo, el desempeño del personal a bordo, en cumplimiento de la misión humanitaria asignada, posibilitó fijar pautas para la sistematización de los tratamientos de los heridos de guerra, razón de ser de la Sanidad Naval en Combate.

El buque hospital recibe bajas de las distintas unidades de la flota (incluidos náufragos), y de los hospitales emplazados en tierra actuando como tercer escalón en la cadena de evacuación sanitaria. Eventualmente, y si la situación táctica así lo exige, recibirá bajas directamente desde los puestos de socorro instalados en las unidades desplegadas en el frente de combate y con la supervisión de veedores de Cruz Roja Internacional, podrá brindar apoyo humanitario (correo, alimentos, vestimentas) a la tropa y a la población civil en general.

El Buque Hospital puede recibir heridos de embarcaciones similares del oponente; en este sentido, la Cruz Roja deberá diseñar un área de intercambio, a manera de zona neutral en alta mar, que no interfiera con las operaciones militares y de acuerdo con lo estipulado en el artículo 30 del primer convenio de Ginebra. Finalmente, las lecciones aprendidas en el tratamiento de los enfermos y heridos a bordo de esta nave, tendrán aplicación en el ámbito civil cuando se decida empeñarla en apoyo de emergencias y catástrofes.

ESTADÍSTICAS

Pacientes atendidos en el buque hospital Almirante Irizar

LESIÓN	A.R.A.	E.A.	F.A.A.	CIVILES	Nº	%
Pie de trinchera	--	47	--	--	47	16,2
Quemados leves	8	13	--	--	21	7,2
Heridas de proyectil	29	110	--	--	139	48,0
Fracturas por proyectil	2	6	--	--	8	2,7
Traumatismos	5	7	--	--	12	4,1
Esguinces	4	2	--	--	8	2,0
Psiquiátricos	2	3	--	--	5	1,7
Lesiones por frío	3	--	--	--	3	1,0
Desnutrición	1	2	--	--	3	1,0
Lesión ocular	--	4	--	--	4	1,3
Enfermedades clínicas	11	30	--	--	41	14,0
TOTAL					289	100,0



Evacuación de uno de los heridos durante la recuperación de las Islas Malvinas el 2 de abril. El Irizar era el buque con mayor capacidad quirúrgica de la Operación Rosario.
Fuente: Fernando Estevez



**Acondicionamiento del rompehielos Almirante Irizar como
buque hospital en la Base Naval Puerto Belgrano,
de acuerdo con lo estipulado en la Convención de Ginebra.**

Fuente: desconocida



**Durante las últimas jornadas de intensos combates,
el trabajo fue permanente en las salas de internación,
quirófanos y laboratorios del Irizar.**

Fuente: Vicente Martínez Torrens



Uno de los tres quirófanos del BHA1, de tan intensa actividad que no daba respiro: “no paraban de entrar y salir heridos”
Fuente: Vicente Martínez Torrens



**El BHA1 fondeado fue testigo de los combates por dominar las alturas que rodean Puerto Argentino.
Fuente: desconocida**

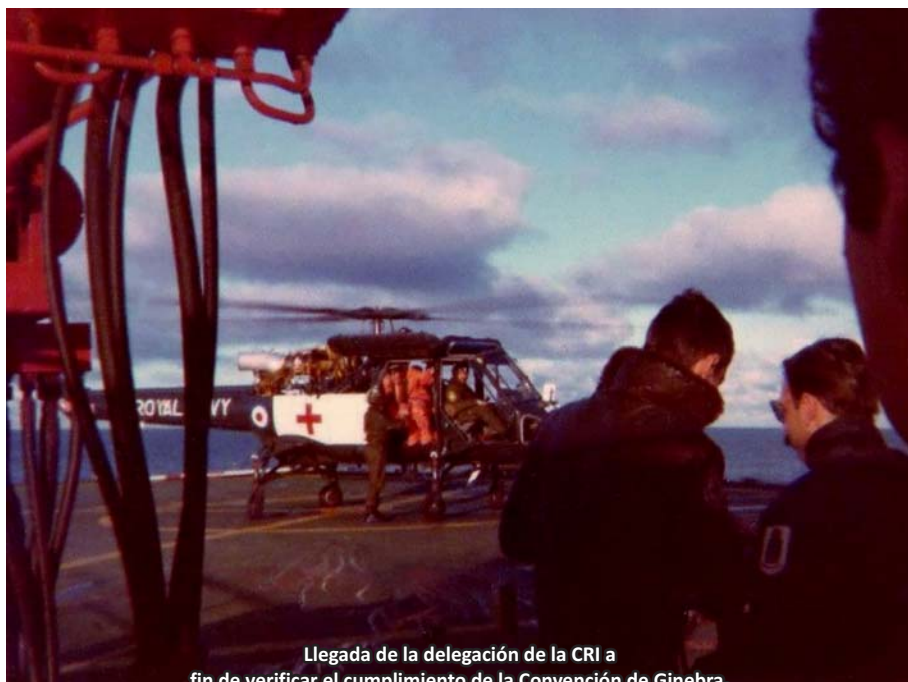


**Desplazamiento de heridos entre las salas de terapia (bodegas) del Irizar.
Fuente: desconocida**



Quando los heridos llegaban a bordo, en la cubierta de vuelo, la dotación sanitaria del buque los clasificaba según las lesiones y los derivaba a terapia intermedia o intensiva.

Fuente: desconocida



Llegada de la delegación de la CRI a fin de verificar el cumplimiento de la Convención de Ginebra.

Fuente: Mario Catalán



Ayudando a los heridos a trasladarse
por las diferentes áreas del buque hospital.
Fuente: Vicente Martínez Torrens

**El guardiamarina Diego Maqui en el helipuerto del Almirante Irizar.
Fuente: Mario Catalán**





Sea King 234 utilizado como ambulancia para el traslado de heridos entre las islas y los buques hospital, argentinos o británicos. Su base era el BHAI.
Fuente: Mario Catalán



Tanto el Sea King 231, como el 234 fueron utilizados desde el Irizar el día del desembarco; en mayo se replegaron a Río Grande y a partir del 14 de junio como ambulancias aéreas.
Fuente: Mario Catalán



Hangares del Almirante Irizar y
disposición del personal para recibir a los heridos.
Fuente: Mario Catalán

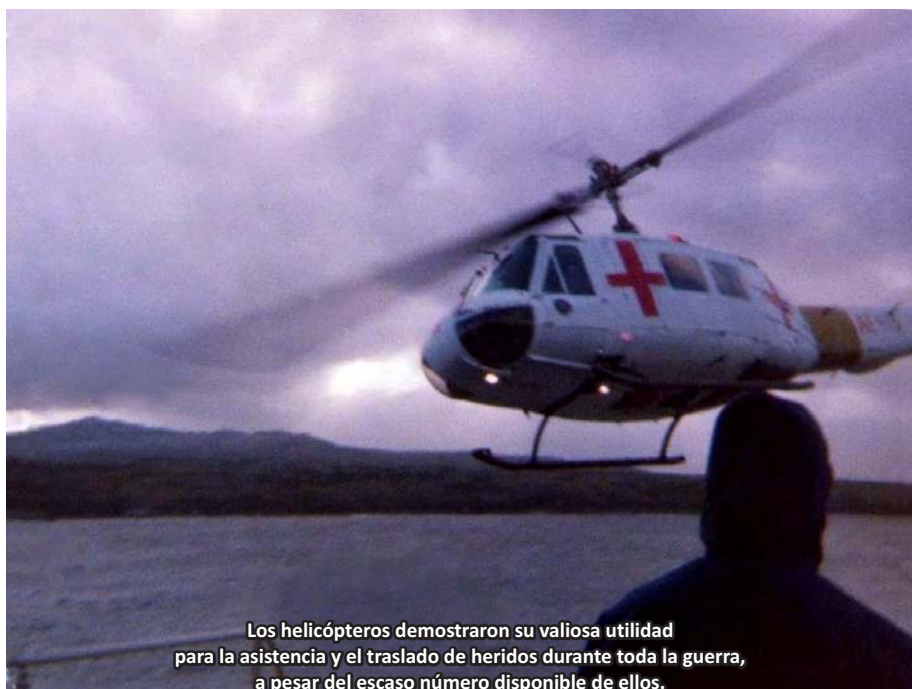
Las Instrumentadoras quirúrgicas de EA que embarcaron
en el Irizar, María Marta Lemme en Cirugía General,
Susana Maza en Cardiovascular, Norma Navarro y Cecilia Ricchieri en
Traumatología, María Angélica Sendes en Oftalmología y
Silvia Barrera en Terapia Intensiva.
Fuente: María Marta Lemme





El embarque de los heridos por medio de helicópteros ambulancia, los que, pese a las fuertes inclemencias del tiempo, siguieron volando debajo de los límites operativos de la cubierta de vuelo: exceso de viento, falta de luz diurna y baja visibilidad por niebla.

Fuente: desconocida.



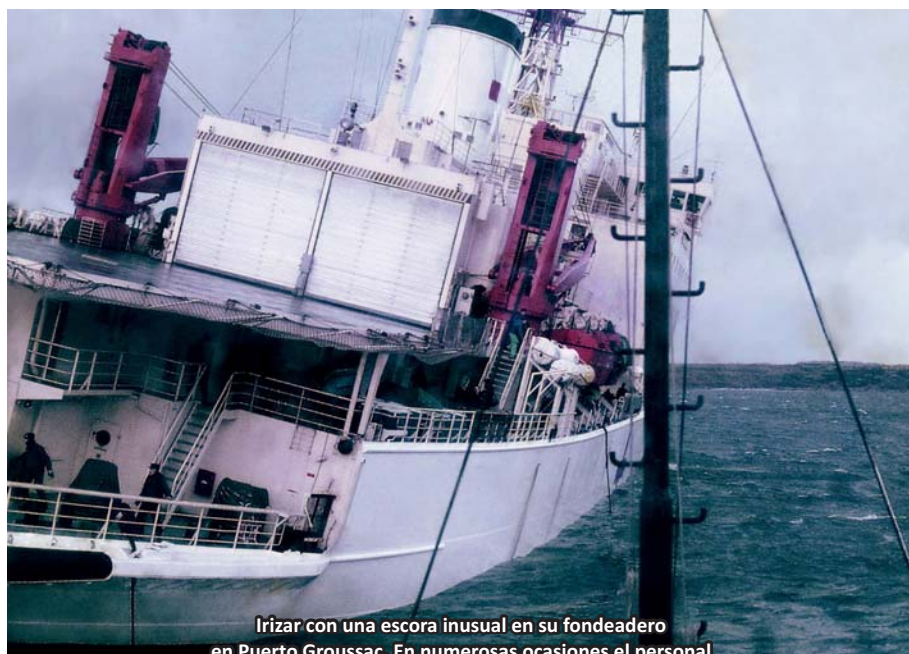
Los helicópteros demostraron su valiosa utilidad para la asistencia y el traslado de heridos durante toda la guerra, a pesar del escaso número disponible de ellos.

Fuente: Eduardo Rotondo



El BHA1 fondeado en la bahía exterior de Puerto Argentino debido a su calado esperando la llegada de los helicópteros o embarcaciones con los heridos.





**Irizar con una escora inusual en su fondeadero en Puerto Groussac. En numerosas ocasiones el personal de quirófano trabajó atado sujeto a las mesas de operaciones.
Fuente: Eduardo Rotondo**

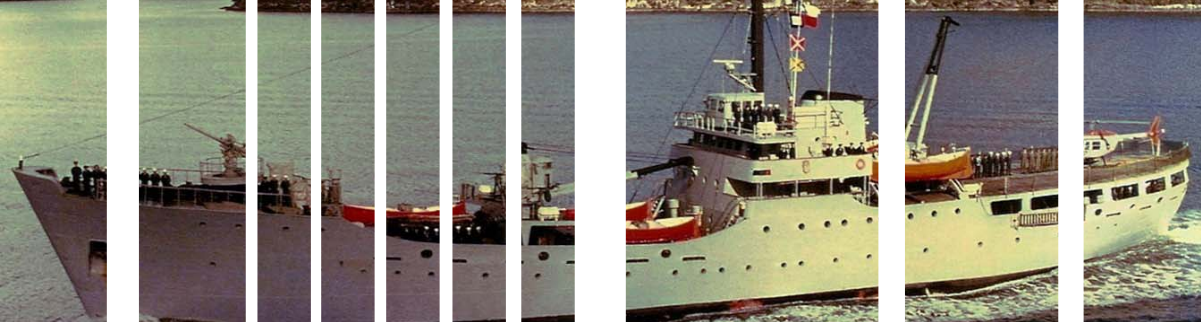


**Una vez en cubierta principal, mediante camillas, los heridos son llevarlos rápidamente hasta la Sala de Recepción, donde eran inicialmente identificados, luego eran revisados y derivados a los diferentes niveles de complejidad del sistema asistencial montado a bordo.
Fuente: desconocida**



Disposición de las camas con los heridos en el BHA1.
Fuente: Vicente Martínez Torrens





BUQUE DE APOYO POLAR PILOTO PARDO

CN Adolfo Cruz Labarthe

El 4 de mayo de 1982, el buque de apoyo polar Piloto Pardo recibió la orden superior de concurrir al área de hundimiento del crucero argentino Gral Belgrano en el Atlántico Sur, torpedeado por el submarino británico HMS Conqueror. El Pardo, que estaba efectuando trabajos hidrográficos en el Canal Wakefield, zarpó de inmediato en dirección al Canal Beagle para salir al Océano Atlántico. Aproximadamente a las 11:30, fue contactado en VHF por la jefatura naval argentina desde Ushuaia, quien nos informó sobre la situación en que se encontraban hasta ese momento las tareas de salvamento. Un grupo de médicos y apoyos sanitarios necesarios para dar curso a la nueva misión llegaron por medio de helicópteros desde la base naval de Puerto Williams.

Siendo las 20:00 se tuvo contacto de radar con el aviso Gurruchaga y posteriormente con el destructor Piedra Buena, quién respondió al llamado del Piloto Pardo e informó que ambos buques se estaban retirando del área de salvamento y conducían a la dotación del Belgrano rescatada hacia el continente. Nos avisó, también, que se encontraba ya en las cercanías el ARA Bahía Paraíso, nave de apoyo polar argentina, y ésta se haría cargo del comando y control del salvamento, puesto que aún quedaban balsas por encontrar.

El Piloto Pardo continuó avanzando hacia el este, porque habíamos calculado que por el viento y marejada reinante desde el hundimiento, las balsas habrían derivado bastante ya en esa dirección. La nave navegaba por estima; las condiciones generales eran de muy densa neblina, con un viento que oscilaba entre dieciséis y veintidós nudos y marejada desde el oeste.

En la madrugada del 5 de mayo se obtuvo contacto con el petrolero de bandera liberiana, Hércules, desde el cual su capitán me comunicó, en un inglés con acento alemán, que tenía algunas horas de adelanto en su itinerario y deseaba cooperar en la rebusca de balsas. Dicha nave provenía desde el sur con destino a Río de Janeiro. Le agradecí su cooperación en nombre de los argentinos, le informé que ya nos encontrábamos en el área de posibles encuen-

tros de balsas, y que pronto asumiría el comando y control del área el ARA Bahía Paraíso.

A las 08:25 se tuvo contacto VHF y de radar con el ARA Bahía Paraíso, cuyo comandante, capitán de fragata Sr. Ismael Jorge García, me refirió:

- Quiero notificarlo que a partir de este momento estoy a cargo del comando y control del área de salvamento. Le recomiendo expresamente no sobrepasar el límite de la Zona de Exclusión anunciado por el Reino Unido.

En ese momento era de doscientas millas alrededor de las islas, lo cual había sido anunciado por Londres el 8 de abril, para que empezara a regir el 12 de abril a las 05:00.

En respuesta, le informé acerca de la presencia del petrolero Hércules y de sus intenciones por lo que de inmediato nos asignó un área de rebusca que llamó N°2, en latitud 55° a 56° sur y entre los 60° y 61° oeste; y, a través nuestro, al petrolero Hércules el área N°1 en latitud 55° y 56° sur entre los 61° y 62° oeste.

- Comandante — le manifesté —, estimamos que las balsas aún no rescatadas deben de estar bastante más al este.
- Ya hay muchos aviones en vuelo en esa área y no considero prudente asumir riesgos mayores. Mi unidad rebuscará más al interior de la zona de exclusión — respondió el comandante del Bahía Paraíso.

Durante la mañana hubo poca visibilidad, y fue empeorando e instalándose un viento desde el noroeste de entre dieciocho y veintidós nudos. A las 14:55, habiendo mejorado levemente la visibilidad, ordené a mis helicópteros una Alerta 15 (estar listos para despegar en un tiempo máximo de quince minutos). Los dos helicópteros iniciaron un plan de rebusca a poca altura, por el bajo techo atmosférico. No se tuvo novedades de avistamientos y regresaron a bordo. El Piloto Pardo continuaba siempre un plan de rebusca espiral.

A las 21:30, me llamó el capitán del petrolero liberiano Hércules para informarme que, por terminarse su tiempo disponible, daba término a su rebusca sin novedades, lo cual agradecí expresamente y comuniqué apenas tuve contacto por VHF al Bahía Paraíso. Dicho petrolero continuó su navegación a Río de Janeiro.

Hasta las 14:00 del día siguiente, 6 de mayo, mantuvimos la rebusca de radar y visual en un plan espiral sin novedades. Había visibilidad muy reducida por la densa neblina. Luego, habiendo mejorado levemente la visibilidad, despegaron los helicópteros para rebuscar con dichas limitaciones. Regresaron a bordo a las 16:38 sin novedades. A las 19:30, el Piloto Pardo se desplazó más al este e inició una nueva rebusca espiral con centro latitud 55° 30' sur y 59° longitud oeste. A las 20:12, tuvimos un contacto de radar que resultó ser restos náufragos de maderas, posiblemente del Belgrano, lo cual era una buena señal.

Al día siguiente, 7 de mayo, a las 02:37, se tuvieron cinco contactos de radar. Se gobernó para investigarlos y resultaron ser cinco pesqueros rusos que se habían adherido a la rebusca y de lo cual no teníamos conocimiento. Navegaban a modo de formación en línea de frente, con un espaciamiento de dos millas. No reportaron novedades de contactos de balsas, mientras continuaban las condiciones de densa neblina.

Eran las 12:15, cuando tuvimos un avistamiento a corta distancia de una balsa flotante, bastante hundida. Maniobramos de inmediato para su rescate y advertimos que estaba muy llena de agua. Con la ayuda de buzos, se tomó para ser izada con una pluma y botar el agua. En ese momento encontramos dos cuerpos sumergidos. Dispuse de inmediato el alistamiento de los helicópteros para rebuscar extendiéndose en esa área aunque con poca visibilidad, porque se suponía que cerca se encontrarían otras balsas. Mientras maniobrábamos para el rescate de la balsa encontrada y de los dos cuerpos, los helicópteros avistaron otras balsas. Rescatamos otras dos balsas vacías, semi hundidas con agua y sin cuerpos.

A las 15:44, una cuarta balsa en las mismas condiciones. A las 16:14 se avistó una quinta balsa y a las 17:10, los helicópteros, informaron que se avistaban otras balsas, las que sumadas constituían las once que, según lo que había informado el Piedra Buena, completaban la totalidad de las balsas del Belgrano.

A las 20:00, mientras se maniobraba para rescatar la sexta balsa, el ARA Bahía Paraíso, se acercó a nuestra posición y su comandante me informó por VHF:

- Por órdenes superiores que hemos recibido, deberán, de inmediato, dar término a su cooperación y abandonar la zona. Ustedes serán escoltados por el Bahía Paraíso hasta su ingreso al Canal Beagle.

- Comandante, aún quedan seis balsas por rescatar. Solicito se me autorice — insistí con determinación.
- Lo siento, pero hay urgencia en cumplir esta orden — me respondieron.

El Bahía Paraíso tomó conocimiento de las coordenadas en que se encontraban esas balsas, para proceder a su rescate posterior a su escolta. Maniobré para navegar hacia el continente, y el Bahía Paraíso se estacionó 1,5 millas por la popa. Durante la navegación, el comandante Ismael Jorge García me comunicó que el Reino Unido había anunciado que se había extendido la zona de exclusión marítima hasta doce millas de la costa continental argentina, es decir, tenía el carácter de “total”.

Tiempo después, se supo que el Reino Unido había anunciado, oficialmente, una tregua en el área, para facilitar las maniobras de salvamento, pero aquello estaba en el desconocimiento de quienes allí estábamos. Las balsas salvadas encontradas estaban dentro del área de exclusión anterior de doscientas millas alrededor de las islas.

Navegando con rumbo general oeste, se avistaron a las 02:45 las luces de los cinco pesqueros rusos que se retiraban del área con rumbo este. A las 09:45, poco antes de despedirse el Piloto Pardo del Bahía Paraíso, se entregaron los dos cuerpos encontrados por helicópteros, en camillas y cubiertos. Sugerí al comandante Ismael Jorge García recibir las cinco balsas rescatadas y destruidas para sacar algunas conclusiones sobre su uso, pero manifestó que atendiendo al tiempo y prioridades, sería mejor que termináramos su destrucción y fueran hundidas en el océano. Las balsas fueron mantenidas a bordo e hicimos algunos análisis sobre los cuales me referiré más adelante.

ACAECIMIENTOS POSTERIORES

El petrolero con bandera liberiana Hércules, que había participado en la rebusca, fue atacado en su navegación a Río de Janeiro por un avión de transporte, seguramente un Hércules por coincidencia. No tuve conocimiento de las declaraciones de los testigos del ataque, pero supe que ambos beligerantes negaron ser los autores del mismo. La bomba lanzada al petrolero era de gran tamaño y se introdujo sin explotar en los departamentos interiores y estanques de petróleo. A su arribo a Río de Janeiro, esa nave fue alijada (se le sacó todo el petróleo y otros combustibles) y las autoridades marítimas brasileñas tomaron su control.

Se inició luego todo el proceso de investigaciones sumarias con las demandas y litigios de los armadores, los dueños de la carga, las compañías de seguros, y demás. Tuve que declarar dos veces por exhorto, por haber sido testigo de la presencia y neutralidad de la nave en su paso por el Atlántico Sur, y su participación en las maniobras de salvamento del Belgrano. Se tiene conocimiento de que era muy difícil y peligroso desactivar la bomba en el petrolero, y dada la experiencia de una bomba que no se había podido desactivar en el HMS Ardent, y que había producido varias bajas, el desenlace y resolución final fue hundir al Hércules en el Atlántico frente a la costa brasileña.

Nuestro análisis de las cinco balsas destruidas y rescatadas permite evidenciar que los náufragos no tenían conocimiento de ellas en cuanto a su funcionamiento y operación, y a partir de las pruebas realizadas se dedujo que la mayoría de las instrucciones y procedimientos para su uso no se cumplieron.

Las balsas salvavidas tipo Beaufort, con que contaba el Belgrano, permiten mantener hasta veinticinco personas en su interior por varios días (semanas) si es operada correctamente con alta probabilidad de salvar vidas. Estas deben mantenerse herméticas, para lo cual el jefe de la balsa (líder con mayor experiencia), debe ocupar la posición de ingreso y no permitir que nadie trate de salir. Los náufragos deben sentarse en orden, abrigados, en el fondo de la balsa que tiene doble fondo, el cual se mantiene doble con aire como un colchón mediante bombines. Se debe tener especial cuidado de no dañar las gomas para lo cual se aconseja sacarse los zapatos y hacer uso de gruesos calcetines. Permanentemente se debe mantener la forma inflada de la balsa, techo y doble fondo mediante bombines. En el interior hay calzos que contienen herramientas para la operación y reparaciones que se necesiten. También se hallan alimentos y medicinas para largo tiempo. Por ningún motivo se deben perforar para mirar hacia afuera. El único que puede hacerlo es el jefe desde su posición sin descuidar lo hermético. Durante el abandono del buque los náufragos no deben mojarse.

Posterior al conflicto de las Malvinas, la experiencia por parte de la Royal Navy, obligó a proveer a todas las dotaciones de un muy liviano buzo de plástico que cubre herméticamente todo el cuerpo y se guarda en un banano a la cintura junto a una máscara de gases también muy liviana que permite por unos veinte minutos permanecer en un ambiente de humo.

En el caso del destructor Sheffield, las mayores bajas no fueron por la explosión del misil Exocet, sino por el humo que invadió departamentos de la nave, y las personas por asfixia no alcanzaron a buscar salidas. En cuanto al Bel-

grano, la mayor cantidad de bajas se produjeron después del abandono de la nave por hipotermia aun dentro de las balsas por haberse mojado los cuerpos. La extrema juventud de los cuerpos encontrados permite suponer que una gran mayoría de ellos no tenía entrenamiento a bordo y menos aún conocimiento de procedimientos y práctica en ejercicios de abandono. Las balsas habían sido, por desesperación, destruidas por los propios náufragos con cuchillos, lo que se pudo comprobar por las rajaduras de los techos, que deben permanecer herméticos. El agua ingresó al piso en que debían estar sentados y se mojaron totalmente. Al ponerse de pie, seguramente por el oleaje y bruscos movimientos, perdieron el equilibrio y cayeron al agua, puesto que no había sobrevivientes y los cuerpos encontrados estaban amarrados por sus propios cinturones a alguna argolla de la balsa.

Un profundo sentimiento de tristeza se apoderó de toda mi tripulación cuando maniobrábamos para rescatar los dos cuerpos jóvenes encontrados. Uno de ellos, se había casado pocas semanas antes de acuerdo con la fecha que tenía su anillo de matrimonio.

APRECIACIONES PERSONALES

Desde nuestro arribo al área de maniobras, tuve la percepción de que los comandos contactados no estimaban apropiado que entráramos demasiado en la zona de exclusión, porque tenían el presentimiento de que los británicos pudieran atacar al Piloto Pardo, e involucrarlos a ellos. Esto explicaría la orden recibida por el comandante del Bahía Paraíso de abandonar el área y ser escoltados hasta nuestro ingreso al Canal Beagle, a partir del anuncio de la zona total de exclusión.

Mucho se me consultó respecto de si yo sabía por qué el comandante del Belgrano no estaba en el área de salvamento dado que por su rango y compromiso moral debió haber asumido el comando y control de todas las operaciones de salvataje. Mi respuesta fue que, según mi percepción, seguramente por la transcendencia de los hechos, fue requerido urgentemente en el continente para aclaraciones de alto nivel político. No olvidemos que la acción del Belgrano cambió el curso del conflicto a un escenario real de guerra y no solo diplomático, que era lo que esperaba el Reino Unido.

También se me consultó mucho, dado que el Piloto Pardo estaba camuflado, si no sentimos la necesidad de poner símbolos grandes como una cruz roja para no vernos involucrados en una acción bélica. Mi respuesta siempre fue que Chile había comprometido al Piloto Pardo en una acción humanitaria y

que toda acción humanitaria implica riesgos. Dije también a periodistas extranjeros que una acción humanitaria casi no tiene sentido si no se corre ningún riesgo. Con respecto a poner algún distintivo, les dije que sí lo tenía, era la bandera chilena.

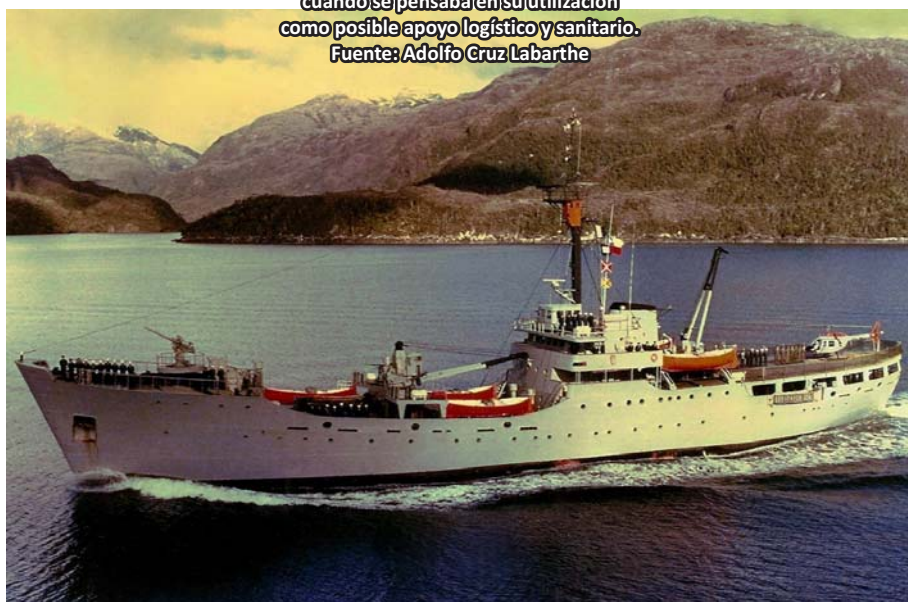
Terminado el conflicto, se difundió mucho que ambos beligerantes iban a solicitar apoyo de transporte neutral para intercambios, transporte de personas, materiales, difuntos, observadores, etcétera, y que la nave indicada y más cercana sería el Piloto Pardo. Todo lo anterior ameritaba pintar completamente de gris al buque lo cual se comprueba en la foto adjunta que fue tomada apenas se terminó de pintar.

Aún conservo una carta de agradecimiento en su nombre y de parte del comandante de Operaciones Navales, vicealmirante D. Juan José Lombardo, enviada por el comandante del Bahía Paraíso, D. Ismael Jorge García.



El buque de transporte polar de la armada chilena Piloto Pardo en configuración camuflada yendo a colaborar en la búsqueda de sobrevivientes del crucero General Belgrano.
Fuente: Adolfo Cruz Labarthe

El Piloto Pardo pintado de gris hacia el final del conflicto cuando se pensaba en su utilización como posible apoyo logístico y sanitario.
Fuente: Adolfo Cruz Labarthe



OTROS BUQUES HOSPITAL



El buque oceanográfico ARA Puerto Deseado en el Apostadero Naval Buenos Aires configurado como tercer buque hospital argentino.
Fuente: Servicio de Hidrografía Naval



El SS Uganda trató 730 heridos, 150 de ellos argentinos y tuvo cuatro encuentros con los buques hospital argentinos en el Red Cross Box ($48^{\circ}30'S53^{\circ}45'W$), aprox. 72 km al norte del estrecho de San Carlos.
Fuente: desconocida.



**El SS Uganda se acondicionó en tres días en Gibraltar, disponía de 135 personas de sanidad, junto a salas y quirófanos bien equipados.
Fuente: desconocida.**



**Los buques hospital Hydra y Uganda reabasteciendo combustible desde el RFA Olmeda.
Fuente: IWM**



**HMS Herald (H138) acondicionado como
hospital flotante durante la Guerra de Malvinas.
Fuente: desconocida**



**Uno de los buques oceanográficos
ingresando a Puerto Argentino luego de finalizada las acciones bélicas.
Fuente: desconocida**



HMS Hydra en reabastecimiento de combustible y elementos mediante su helicóptero Wasp, también adecuado según la Convención de Ginebra.
Fuente: desconocida



HMS Hydra (A144) en el puerto de Montevideo desembarcando heridos que posteriormente continuarían su viaje a Gran Bretaña en modo aéreo (RAF VC10)
Fuente: desconocida

BUQUES A MODO DE AMBULANCIAS



Yehuín, fue la última unidad naval argentina en romper el bloqueo británico arribando a Puerto Argentino el 1 de Mayo.

En las últimas etapas del conflicto operó como ambulancia efectuando una gran cantidad de viajes para transportar heridos a los buques hospital.

Fuente: desconocida



Forrest, de 250 toneladas de desplazamiento y una velocidad de 9 nudos pertenecía a la Gobernación Colonial. Fue un buque multipropósito, remolcador, alijó buques, rescató náufragos y abasteció diferentes lugares de las islas.
Fuente: Eduardo Rotondo



Monsunen, otro de los buques del Apostadero Naval Malvinas utilizado como transporte auxiliar de heridos y prisioneros luego del cese de las acciones bélicas.
Fuente: desconocida



Yehuín continuó sus tareas humanitarias luego del cese de los combates
y posteriormente quedó en las islas, renombrándose "Black Pig".
Fuente: desconocida



HOSPITAL MILITAR CONJUNTO

El 5 de abril, el general Daher, comandante de la IX Brigada de Infantería de la cual dependía el Hospital Militar de Comodoro Rivadavia, ordenó su traslado en forma completa a Puerto Argentino: cuatro mil hombres que se hallaban en las islas recién recuperadas necesitaban asistencia sanitaria. El incremento de las tratativas diplomáticas sin soluciones viables al momento hacía presentir una acción armada.

El mayor Enrique Ceballos, director médico de ese hospital comenzó la movilización entre el 10 y 11 de abril, después de hacer un "salto" a Malvinas el 5 de abril para establecer las previsiones necesarias. El traslado del personal se hizo en modo aéreo en aviones de pasajeros, y en aviones C-130 Hércules, el material sanitario, las ambulancias, y otros.

El mayor Fernando Espiniella, jefe médico del componente sanitario de Fuerza Aérea que había arribado al suelo malvinense el 11 de abril, observó algunas falencias en el aeropuerto respecto del material provisto y en la planificación sanitaria para un caso de guerra.

La posibilidad de utilizar el pequeño hospital local (KEMH) fue descartada por la limitada capacidad de atención en casos de bajas en masa como se preveía en situación de acciones bélicas. Al mismo tiempo, la gobernación ordenó la prohibición de utilizar cualquier elemento de ese hospital, el cual quedaba reservado para la atención de los lugareños.

El día 13 de abril los doctores Ceballos y Espiniella concertaron una reunión con todos los profesionales de la sanidad de las tres armas para analizar y desarrollar acciones conjuntas, reunir los elementos en un solo lugar, sumar esfuerzos y medios. El bloqueo aeronaval ya era inminente por lo que se encontrarían totalmente aislados, y serían imposibles las evacuaciones al continente y la logística de suministros.

El hospital se instaló, finalmente, en un edificio recién construido ubicado en el extremo oeste del caserío de Puerto Argentino. La edificación tenía

como objetivo ser una colonia estudiantil.¹ La localización era adecuada para un establecimiento sanitario, debido a que la apreciación inicial era que los ingleses podían atacar Puerto Argentino viniendo por el norte, por el sur o por el este, no por el oeste ya que desde San Carlos existían sesenta kilómetros de terreno pantanoso intransitable.

Ya establecido el hospital y algunos puestos de socorro de los distintos regimientos que defendían a Puerto Argentino, se señaló su acceso desde el camino costero con un cartel junto al monumento que recuerda la batalla de la Primera Guerra Mundial, ya que era muy peligroso debido a que las ambulancias patinaban chocando contra el cordón con riesgo de caer al agua. El trayecto que conducía al hospital desde el cartel era de asfalto, pero tan angosto que no se podían cruzar dos vehículos. Los terrenos aledaños se anegaban con frecuencia, lo que complicaba la tarea de los vehículos y helicópteros.

El edificio, de mampostería, tenía agua corriente, agua caliente con dos calderas automáticas que se alimentaban con el combustible de los aviones y una cocina muy moderna donde se podía hacer preparados para los pacientes recién operados.

Se intentó armar una carpa multiuso para aumentar la capacidad de internación, pero fue imposible de usar porque el viento se la llevaba y no se podía calefaccionar de ninguna manera. Las estufas eléctricas de cuarzo no se ponían de color rosado, como si no pasara electricidad.

La edificación se adecuó a las circunstancias bélicas. Se oscurecieron ventanas y puertas vidriadas, se señaló como instalación sanitaria y se acondicionaron los diferentes ambientes. Este trabajo lo hizo todo el personal de sanidad sin distinción de jerarquía. Como la estructura del edificio tenía forma de U se pintaron tres cruces en los techos ocupando toda la superficie. Durante una visita, integrantes de la Cruz Roja Internacional señalaron que debían tener un tamaño superior a diez metros de lado para que pudieran ser distinguidas desde un avión de combate. Pero quedaron como estaban porque no había más superficie de techo.

El personal del hospital fue incrementándose con componentes de sanidad de la Fuerza Aérea y de la Armada durante casi todo el conflicto. Así mis-

¹ *Luego de cerrar el internado de Darwin se construyó un edificio para su uso como colegio secundario y hostel para los niños del campo. Resultó una gran construcción horizontal de concreto, de techo plano y con profundos problemas estructurales. Era un edificio que no cumplía los mínimos estándares de seguridad. Hacia abril de 1982 seguían las discusiones con la empresa constructora para resolver el tema.*

mo se recibió material sanitario muy importante en calidad y cantidad, hasta transformarse en un hospital conjunto de campaña. Entonces se identificó como Centro Interfuerzas Médico Malvinas (CIMM) y se instaló un mástil para la bandera argentina y la de sanidad. Se decía del nombre, un poco en broma, esperando, como todo el país, que las cosas se resolvieran diplomáticamente, que era el Centro Iatrogénico Médico Malvinas y se pintó la sigla en la entrada.

En el terreno anegadizo circundante se logró hacer un aplanamiento con una máquina que estaba ahí abandonada, y personal de Vialidad Nacional Argentina preparó un helipuerto, en realidad un lugar donde podían aterrizar helicópteros.

El helicóptero asignado transportaba cuatro camillas. Este medio se pudo usar muy al principio, pero cuando el enemigo dominó definitivamente el espacio aéreo se limitaron los vuelos. Por tal motivo, el personal destacado en la isla Gran Malvina quedó aislado sin evacuaciones ni abastecimientos sanitarios a partir del día 21 de mayo, cuando desembarcaron los ingleses en San Carlos.

Durante todo el período de guerra se fue agregando personal al hospital. Y también tareas. El equipo de salud no solo debía brindar asistencia sanitaria a todo el personal desplegado, resolver las evacuaciones desde los diferentes lugares de las islas, realizar los traslados en ambulancias al aeropuerto para embarcar a los heridos en los aviones que los llevaban al continente y mediante helicópteros hacia los buques hospital anclados en la bahía de Puerto Argentino, —pretender hacerlo en pequeñas embarcaciones fue impracticable debido al oleaje—, sino también ocuparse de las tareas necrológicas.

Antes de las acciones bélicas y con la colaboración de personal de comunicaciones de Fuerza Aérea, el Dr. Espiniella logró establecer un enlace diario radial con la Dirección de Sanidad en el Edificio Cóndor. Se detallaban las novedades en cuanto a heridos y enfermos, y los requerimientos que se necesitaban para el funcionamiento del hospital conjunto. Se estableció un triángulo logístico entre Buenos Aires, Comodoro Rivadavia y Puerto Argentino que permitió un abastecimiento eficiente de insumos sanitarios, bolsas de sangre y gestión de evacuaciones, cuando los Hércules C-130 lograban burlar el bloqueo impuesto por las fuerzas británicas.

El 1° de mayo fue el bautismo de fuego e inauguró una nueva atención sanitaria: las evacuaciones desde las primeras líneas. El acceso a las colinas donde estaban dispuestos los regimientos de infantería que formaban parte de la defensa de Puerto Argentino era absolutamente dificultoso. Las alturas

en Malvinas son rocosas por lo que imponían que el herido fuera transportado por aire o por tierra. Sin embargo, por aire era imposible, los helicópteros no podían volar porque los ingleses no lo permitían. Y con gran esfuerzo lograba hacerse por tierra, ya que para cargar con un herido entre las rocas en camilla se necesitaban cuatro hombres como mínimo y observar detenidamente por dónde se transitaba en la oscuridad. Los bombardeos y los combates eran por la noche porque los ingleses así lo impusieron aprovechando la superioridad técnica para acciones nocturnas. De este modo, las novedades se producían de noche y la evacuación no se podía hacer hasta el amanecer o hasta terminar el combate por lo que la atención en primera línea fue absolutamente complicada y quebró el concepto de la asistencia rápida de los heridos de guerra. La mayoría llegaba al hospital habiendo transcurrido más de seis horas desde haber sido heridos.

Una sirena indicaba la presencia de bajas en masa (más de seis heridos) y el personal se mantenía alistado en sus puestos para proceder. La ambulancia llegaba por el camino de una sola mano al hospital, y en esa llegada se hacía la primera clasificación, no de los heridos, sino de las bajas. Ahí se determinaba si tenían vida o no; la primera clasificación era esa. No podía hacerse en el frente en medio del estruendo del combate, pues se podía confundir un individuo en estado de shock, vestido completamente, con un ser inerte. De ahí que quienes habían muerto también eran trasladados con urgencia.

Para comprender el estado crítico en que se encontraban es preciso conocer esta secuencia. El primer pico de mortalidad en tiempos de guerra se produce en los segundos o minutos iniciales, desde la injuria o sea desde la baja. No hay forma de salvarlo. El paciente no tiene acceso a la medicina o la medicina no tiene como beneficiarlo. En el segundo pico la muerte se produce en las primeras dos horas, —se llama “período de oro” —; este es el tiempo donde un centro quirúrgico salva vidas y baja la mortalidad. Justamente este segundo período es el que en Malvinas no se pudo aprovechar.

Era muy raro que un herido en el frente pudiera llegar al hospital antes de las seis horas. La atención quirúrgica no se pudo hacer durante el “período de oro”; los que llegaban vivos habían soportado ya todas las vicisitudes del viaje de evacuación. Pertenecían estos al tercer pico: si bien se trataba de casos graves, no lo eran a tal punto de haber perdido la vida en el camino. La implementación de estas enseñanzas que surgieron a raíz de la Guerra de Vietnam, en la que la asistencia del helicóptero al frente de combate permitía un traslado dentro de las dos horas y que favoreció enormemente el descenso de la mortalidad, no fue posible en Malvinas.

Luego de la penosa discriminación entre los combatientes con vida y los que la habían perdido, se ingresaba a los heridos por la puerta del patio interior a la sala de recepción y clasificación donde trabajaban cinco equipos. Allí, se los desnudaba, se les hacía el diagnóstico y se los clasificaba en tres grupos: los que necesitaban resucitación inmediata, tarea que se realizaba en esa misma sala; los que eran derivados de urgencia a la sala de cirugía donde funcionaban seis mesas en forma simultánea; los que podían esperar, ubicados en la sala de expectación adaptada con camillas en el piso. La clasificación se convertía en constante reclasificación mientras afluían nuevos heridos, porque cambiaban las prioridades permanentemente.

A su vez, la sistemática sanitaria aplicada en el triage² fue establecer que los pacientes de casos leves luego de su curación retornaran a las unidades; los de casos recuperables que requerían menos de quince días recibían el tratamiento en el CIMM, pero si superaban ese período se los evacuaba al continente; la intervención quirúrgica se restringía a los casos estrictamente indispensables por su urgencia.

Asimismo, el material sanitario estaba racionalizado al máximo. Los pacientes que necesitaban cirugía inmediata pasaban a la sala de operaciones. De la sala de operaciones se los llevaba a una sala de cuidados o a los lugares de internación (las camillas se distribuían en el suelo; no había camas). Se reutilizó un ala del hospital civil para la recuperación post-operatoria de muchos combatientes. Curiosamente, la primera operación que se hizo en el hospital no fue de un herido de guerra ni un accidentado, fue a causa de una apendicitis antes del 1° de mayo.

La atención de los heridos en tiempo de guerra puede contemplar tres clases que responden a su vez a tres aspectos distintos. En primer lugar, en lo táctico, se hace en escalones sucesivos porque en la guerra se le da prioridad al herido que viene, algo estrictamente necesario y demostrado para no colmar el hospital. Muy distinto de lo que ocurre en el medio civil donde un herido se puede internar en un hospital hasta su rehabilitación. En segundo lugar, respecto de lo técnico, hay que hacer el gesto quirúrgico más simple y efectivo. Esto estaba condicionado a la incertidumbre de la evacuación de los heridos al escalón sanitario superior que se encontraba en el continente; de manera que se realizaron tratamientos más definitivos sobre todo con las lesiones vascula-

² *Triage: es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo con las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.*

res de arterias terminales. Y por último, en cuanto a lo ético, también hay algunas diferencias, porque hay que esforzarse no en los heridos más graves, sino en los que tienen más posibilidades. Este es un principio que está en todos los manuales de guerra del mundo; para eso se necesita un equilibrio emocional del médico muy desarrollado, porque a veces está decidiendo quién va a vivir y quién va a morir, por lo que debe hacer una excelente e inequívoca clasificación de los heridos.

Una vez que el paciente estaba equilibrado, operado o no, debía ser evacuado al continente vía aérea, — hubo que esperar hasta el 1° junio para realizarlo vía marítima —, hasta entonces, casi todos días, llegaba un Hércules C-130, cuyo arribo era avisado por Fuerza Aérea en forma sorpresiva con cuarenta minutos de anticipación, por lo que se contaba con ese escaso margen de tiempo para cargar a los heridos en las ambulancias y recorrer los ocho kilómetros que distaban del aeropuerto. Las ambulancias llegaban a la puerta de la cola del avión, a la “panza de la chancha”, como dicen los aviadores, y los heridos eran introducidos a toda velocidad. Luego eran acomodados ya en pleno vuelo por el equipo sanitario que viajaba a bordo.

Todo este proceso se realizaba en la más absoluta oscuridad, bajo las luces del interior del avión. Más de una vez no se pudo cargar a todos los heridos por la premura con que debía decolar el avión, el cual, sin detener las hélices, parecía con su gruñido presionar la velocidad de la tarea, y se tuvo que volver con los heridos a esperar la próxima evacuación que no se sabía cuándo se produciría.

En los primeros días de junio aparecieron los dos buques hospital argentinos, Bahía Paraíso y Almirante Irizar, lo cual significó un enorme alivio porque se pudo evacuar gran cantidad de heridos en forma simultánea, estando el buque anclado a la vista en la bahía. Los helicópteros iban y venían, con los pacientes en condiciones de ser transportados.

Luego, en el continente, la evacuación continuaba por vía aérea hacia distintos destinos: Comodoro Rivadavia, Hospital Naval Puerto Belgrano y Hospital Militar de Campo de Mayo.

Un balance final arrojó un total mil novecientos noventa internados en los sesenta y cinco días que funcionó el hospital. A su vez, cuatro mil cinco prestaciones médicas y seiscientos veintinueve odontológicas fueron realizadas.

Como fue una guerra fundamentalmente de artillería (fuego naval, aéreo, y terrestre), y solo en la parte final de combate cercano con armas portátiles, la mayoría de los heridos fueron por esquirlas.

En la Guerra de Malvinas apareció una patología olvidada por entonces, las lesiones por el frío, muy conocidas en guerras anteriores: campaña de Napoleón a Rusia, la Primera y Segunda Guerra Mundial, la Guerra de Corea entre otras. Estas lesiones se presentan en forma variada, pero hubo una fuerte incidencia de lo que se llamó “pie de trinchera”, padecida por el 8,7% de los internados. Las condiciones en las islas no podían ser peores; las temperaturas oscilaban entre los tres grados bajo cero y los cuatro grados, a lo que se sumaba una permanente ventisca por lo que resultaba difícil mantenerse caliente y casi imposible estar seco. Los pies inflamados y dolorosos eran un elemento que incapacitaba y que, de no tomarse medidas, continuaba con el daño de los nervios periféricos y la vascularización. Instalado el “pie de trinchera” no hay medidas específicas para tratar la necrosis tisular. Posterior a la guerra estos pacientes fueron asistidos y seguidos en su evolución en el Hospital Naval de Puerto Belgrano donde hicieron una experiencia importante con la cámara hiperbárica. También las lesiones por el frío se presentaron en las manos, las orejas y la nariz que son los lugares más expuestos y de menos irrigación.

A partir del 11 de junio, cuando los británicos iniciaron el ataque final a Puerto Argentino, comenzó un flujo de heridos en forma continua e intensa, de manera que se atendía en cualquier lugar del hospital para establecer prioridades. Para el día 13, ya cercano al desborde, continuaba atendiéndose sin descanso mientras las bombas impactaban ya cerca del hospital. Una explosión impactó en una casa vecina a cuarenta o cincuenta metros. No obstante, se continuó intentando salvar vidas a un altísimo riesgo personal.

El día 14 de junio los médicos ingleses tomaron el control del hospital para atender a su propia gente, aunque permitieron que los profesionales argentinos finalizaran con la compensación de nuestros soldados y realizaran las evacuaciones a los buques hospital fondeados en la bahía de Puerto Argentino.

A modo de evaluación final, podría decirse que así como ocurrió en guerras anteriores, en Malvinas se demostró que en la asistencia médica, la clasificación de heridos (Triage) es la tarea más importante, la que requiere más experiencia, la que exige el trabajo más extenuante y el mayor coraje. Y en ella se evidenció la elevada capacidad y responsabilidad de este grupo de profesionales de la salud que unieron sus esfuerzos y conocimientos para realizar su trabajo: el de intentar salvar vidas con la sensación de que la propia muerte los estaba rondando.

PATOLOGÍAS ATENDIDAS EN EL CIMM

Período: 12 de abril-15 de junio, 1982

AFECCIONES	CANTIDAD	PORCENTAJE
Relacionadas al combate		
Heridos	361	18,14
Pie de trinchera	173	8,69
No relacionadas al combate		73,17
Apendicitis aguda	5	
Gastroenteritis	156	
Uñas encarnadas infectadas	13	
Infecciones de la piel	107	
Lumbociatalgias	60	
Neumopatías	56	
Síndromes gripales	45	
Artralgias	44	
Anginas	43	
Micosis de piel	42	
Eritemia pernio	40	
Quemaduras	34	
Otitis media supurada	24	
Síndrome de estrés post-traumático	21	
Infecciones urinarias	19	
Desnutrición	14	
Hepatitis epidémica	10	
Otras afecciones	723	
TOTAL	1990	

ORDEN DEL DIA DEL HOSPITAL MILITAR Nro 13/82

1. PERSONAL

a. Superior

Sin novedad.

b. Subalterno

Sin novedad.

c. Personal Militar y Tropas que viajó al TCM el día 10 de abril de 1982

A continuación se detalla la nómina de personal que viajó al TCM

1. My ENRIQUE MARIANO CEBALLOS
2. Cap D OSCAR HECTOR POCCHI
3. Cap D ALEJANDRO CORDERO
4. Tte lro Méd D CARLOS ALBERTO LONGO
5. Subt "RC" EDUARDO HERNANDEZ E
6. Serg Ay ALBERTO GONZALES
7. Serg Ay RAMON CASTILLO
8. Serg Ay JORGE LUIS LORENZO
9. Serg lro MARIO RIERA
10. Serg lro FRANCISCO VELAZQUEZ
11. Serg RUBEN CHAPARRO
12. Cabo lro LEONARDO BENITEZ
13. Cabo DANIEL ALVAREZ
14. Cabo ROBERTO BARRIOS
15. Cabo SERGIO REIS

Personal de Tropas

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1. Sold GI 63 AGR OMAR SAGADO | 11. Sold GI 63 JESUS AGUIA |
| 2. " " " AGR ALDO CARNEIAUTO | 12. " " " JOSE BAZAN |
| 3. " " " AGR HECTOR VALDIVIAO HERNANDEZ | 13. " " " DANIEL GUERRA |
| 4. " " " AGR PASCUAL PELELLA | 14. " " " CARLOS VEGA |
| 5. " " " GUSTAVO ROMERO | 15. " " " HUGO JERA |
| 6. " " " CARLOS ALCAZAR | 16. " " " GUILLERMO VIDAL |
| 7. " " " FERNANDO MANZILLA | 17. " " " JUAN C CENTURION |
| 8. " " " MIGUEL SOLIS | 18. " " " BARRIOS LUIS SANC |
| 9. " " " MARIO OTERO | 19. " " " LUIS ALBORINCE |
| 10. " " " ALBERTO CHIARROQUI | 20. " " " THEODORO ROMERO |

2. INTELIGENCIA

Sin novedad.

3. OPERACIONES

Sin novedad.

4. LOGISTICA

Sin novedad.

5. AVISOS

A Continuación se transcribe el MMC de GREGORIO que dice:

"En esta jornada tan cara para nuestra fe y sentimientos religio-
alborozados festejamos la resurrección de nuestro Señor Jesucristo
recuperación de un trozo de nuestro territorio muy caro al senti-
miento de todos los miembros de la Fuerza y sus respecti-
el saludo emocionado que como comandante en Jefe del Ejército
insalvable necesidad de expresarse.
Hago votos para que esta celebración sirva como ya es visible
y para siempre la unidad del Pueblo Argentino, construida so-
de sentimientos y objetivos y abonada por la sangre de nuestra
ayer y de hoy."

Orden del día del Hospital Militar Comodoro Rivadavia
del 13 ABR 82 detallando la nómina del personal que
viajó a las Islas Malvinas.
Fuente: Pascual Pelella

Los argentinos que velan por la Soberanía Nacional en los más remotos rincones de la Patria y en particular a nuestros hombres en las Malvinas, junto con este mensaje, hago llegar nuestra solidaridad y la certeza que con ellos está el país todo. "FELICES PASAJES".

ORDEN DEL JEFE DEL COMANDO EN JEFE DE LA FUERZA

* En relación a los acontecimientos de público dominio, derivados del histórico e irreversible acto de soberanía, mediante el cual la República Argentina recuperó las "Islas Malvinas e Islas del Atlántico Sur", el Comando en Jefe del Ejército comunica a sus integrantes, que ha adoptado las medidas y previsiones inherentes a su responsabilidad como componente terrestre del poder Militar de la Nación, según lo resuelto oportunamente por el Comité Militar.

En tal sentido se han tomado disposiciones operacionales para la organización y ejecución de una adecuada acción defensiva en el Archipiélago de las Islas Malvinas y previsiones de igual naturaleza para enfrentar eventuales acciones de agresión sobre el litoral Atlántico.

Las mismas incluyen el reforzamiento de efectivos, el conveniente equipamiento de los modernos medios de guerra que posee la Fuerza y la detallada coordinación de esfuerzos y capacidades con la Fuerza Aérea y Armada Nacional, conformando un sistema apto para enfrentar con éxito operaciones contra el agresor.

Debe consignarse además que las predicciones de carácter material descritas están firmemente sustentadas por la insuperable fortaleza moral de nuestras tropas, convencidas como el conjunto de la población argentina, que nos asiste el derecho y la razón de las causas justas".

Orden del día de la Fuerza armada a este Hospital Militar. VER ANEXO 1



[Handwritten signature]
COMANDO EN JEFE FUERZA AEREA ARGENTINA
 13 ABR 82
 10:00

**Orden del día del Hospital Militar Comodoro Rivadavia
 del 13 ABR 82 detallando la nómina del personal que
 viajó a las Islas Malvinas.
 Fuente: Pascual Pelella**

Personal Militar de alta agregada en este Hospital Militar

Del B Log. 9

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| 1. Cabo lro OSCAR RIZZI | 5. Cap D LUIS GURCHINAS |
| 2. Cabo RAMON SANCHEZ | |
| 3. Cabo VICTOR CALAGGI | |
| 4. Cabo OSCAR MONZON | |

Cdo Lma Pr I

Cap FIGNATARO

Sarg Enf Gr1 RAMON LOBO

LAGE

1. Cap Méd D JORGE HORACIO FAISINELLI
2. Sarg lro Enf Gr1 TRIFFI RAUL
3. Cabo lro Enf Gr1 HECTOR EDUARDO ALANIZ

ESPAC "Gr1 LEMOS"

1. Cabo "EC" Enf Gr1 MARIO MARTINEZ
2. Cabo "EC" Enf Gr1 CLAUDIO MOREIRA
3. Cabo "EC" Enf Gr1 MARTIN GUTIERREZ
4. Cabo "EC" Enf Gr1 EXEQUIEL URQUETA

ESCUELA DE COMUNICACIONES

1. Cabo lro Int RAUL MANILLA

ESCUELA DE ARTILLERIA

1. Cabo ARMANDO RICARDO ALBERTO

EN "CM"

1. Cap Méd RAFAEL RIZ

Colegio Militar de la Nación

1. Subt Int D VILLERAS

Personal de Tropa

B LOG 9

1. Sold CI 63 LAFAR SERGIO
2. Sold CI 63 RAMIREZ RUBEN
3. Sold CI 63 ROBLEDO ALEJO
4. Sold CI 63 REHMANOV JUAN ESTEBAN
5. Sold CI 63 CALOGGI OSCAR ALBERTO
6. Sold CI 63 FERREIRO SERGIO
7. Sold CI 63 MUTIO RAUL
8. Sold CI 63 AVEDANO MIGUEL
9. Sold CI 63 MORALES JUSTO

R I S

1. Sold CI 63 MOYANO

Voluntario

- 1 Ag Civ Voluntario Anestecista CESAR HORAS

DO EA



DEMETRIO JUAN SCHUNCK
TENIENTE PR MERO
F. 1000 P. 1
HOSPITAL MILITAR CONJUNTO RIVADAVIA

Personal militar de diferentes áreas del ejército
de alta agregado posteriormente al
Hospital Militar Conjunto de Puerto Argentino.
Fuente: Pascual Pelella

Comodoro Rivadavia, 30 de junio de 1982

ORDEN DEL DIA DEL HOSPITAL MILITAR Nro 27/82

1. PERSONAL

a. Superior

Con fecha 20 de Junio de 1982, regresaron de las Islas Malvinas el MEd D Enrique AGUIAR GONZALEZ, el Cap 4800 D ALMARINO GUERERO, el Tte lro MEd D CARLOS ALBERTO LONGO y el Subt "20" ENRIQUE FERNANDEZ, y el Subt "20" ALDO GONZALEZ.

b. Subalterno

Con fecha 2 Jun 82, regresaron de las Islas Malvinas el siguiente personal de Suboficiales:

- Serg Ay ALBERTO GONZALEZ
- Serg Ay RANON MIGUEL CASTILLO
- Serg Ay JORGE LUIS LORENZO
- Serg lro MARIO HERRERA
- Serg lro FRANCISCO VELAZQUEZ
- Cabo lro LEONARDO VENETES
- Cabo DANIEL EMILIO ALVAREZ
- Cabo ROBERTO BARROS
- Cabo SERGIO HEIN

c. Tropa

Con fecha 20 Jun 82, regresaron de las Islas Malvinas el siguiente personal de tropa:

- Sold CI 58 ACR SAGADO OMAR
- Sold CI 58 ACR FERRERAS PASCUAL
- Sold CI 58 ACR VALENZUELA HECTOR
- Sold CI 63 ROBERTO GUERRA
- Sold CI 63 ALCARAZ CARLOS
- Sold CI 63 MANILLA FERNANDO
- Sold CI 63 SOLIS MIGUEL
- Sold CI 63 OTERO MARIO
- Sold CI 63 CHARRON ALBERTO
- Sold CI 63 AGUIAR JESUS
- Sold CI 63 BAZAN JORGE
- Sold CI 63 GUERRA DANIEL
- Sold CI 63 JARA ENZO
- Sold CI 63 VIAL GUILLERMO
- Sold CI 63 GONZALEZ JUAN CARLOS
- Sold CI 63 ALBERGO LUIS
- Sold CI 63 ROBERTO TROMBINO

d. Personal civil

Sin novedad.

2. INFORMACION

Sin novedad.

3. OPERACIONES

Sin novedad.

4. LOGISTICA

Sin novedad.

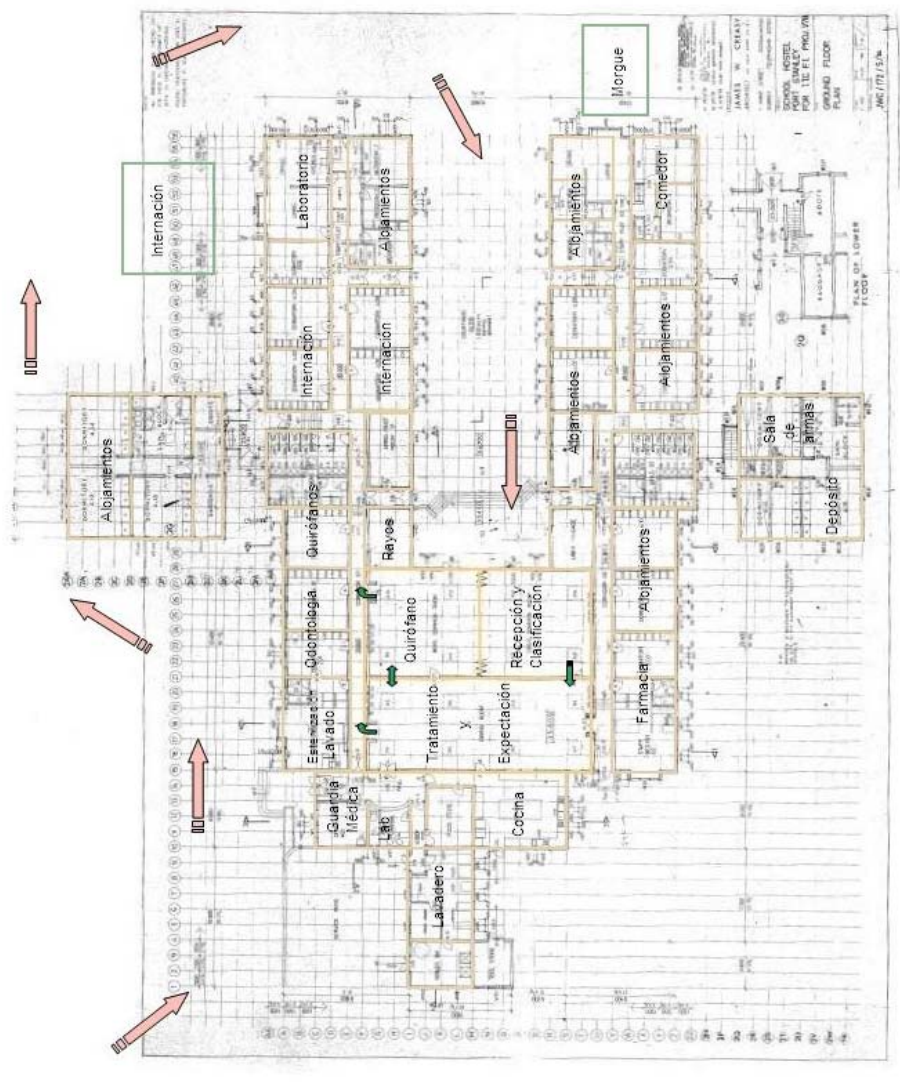
5. SERVICIOS

Sin novedad.

100

OSCAR CESAR FOCCHI
CAP 5101 4 4
HOSPITAL MILITAR COMODORO RIVADAVIA

Orden del día del Hospital Militar Comodoro Rivadavia
del 30 JUN 82 detallando el personal de regreso de las Malvinas.
Fuente: Pascual Pelella



Disposición de las diferentes áreas del Hospital Militar Conjunto sobre el plano original del hostel estudiantil.
Fuente: Archivo de la Gobernación de Malvinas



Entrada del hospital conjunto identificado como CIMM
(Centro Interfuerzas Militar Malvinas)
Fuente: José Luis Galvo



Adecuando el edificio con identificaciones de Cruz Roja.
Fuente: José Luis Galvo



Cartel en el monumento a la batalla de la primera guerra mundial, sobre el camino costero.
Fuente: Eduardo Rotondo

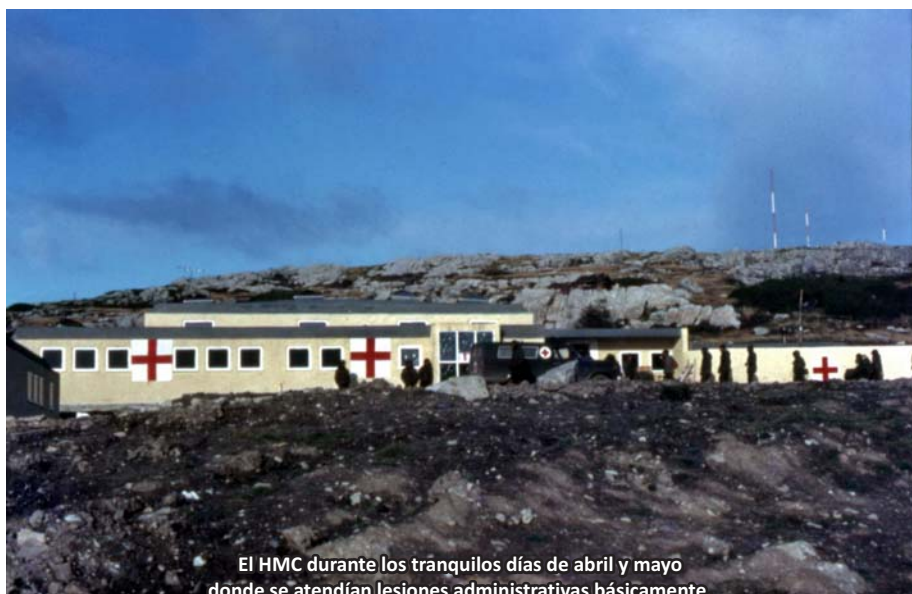


Los techos identificados de manera que permita a los aviones percatarse del edificio hospitalario.
Fuente: Pascual Pelella



El complejo utilizado como hospital conjunto y las carpas anexas como internación general y morgue.

Fuente: Eduardo Rotondo



El HMC durante los tranquilos días de abril y mayo donde se atendían lesiones administrativas básicamente.

Fuente: Eduardo Rotondo



Ambulancias provistas por el EA y FAA
en la entrada del hospital, en el mástil se observa la bandera de Cruz Roja.
Fuente: desconocida

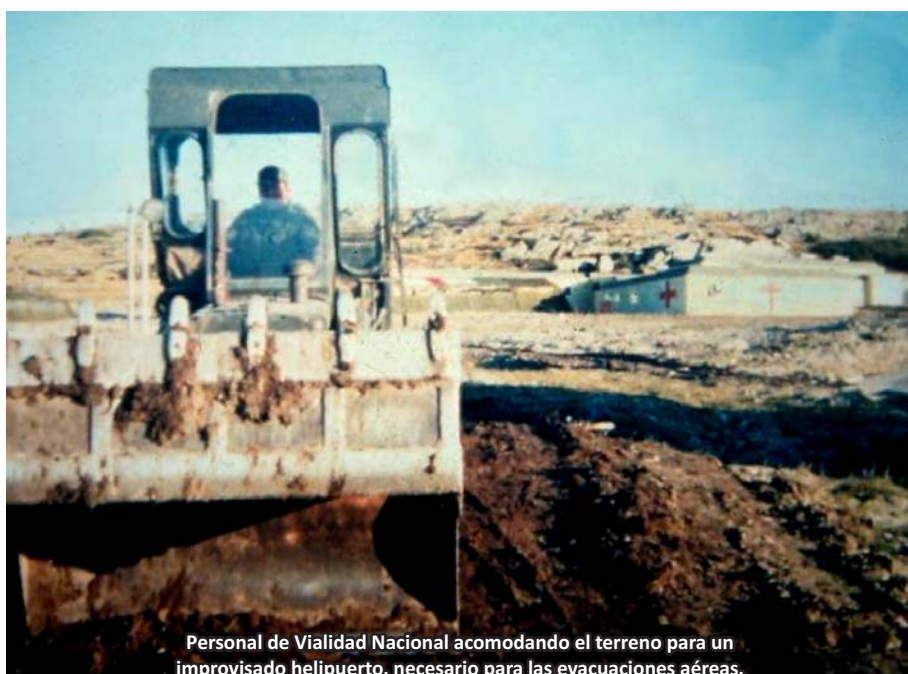


Entrada del HMC con elementos de aprovisionamiento y
acondicionamiento de las instalaciones como lugar sanitario.
Fuente: desconocida



Con el inicio de las acciones bélicas fue Incesante la llegada de ambulancias desde las posiciones sometidas a la artillería británica.

Fuente: Pablo Hautcoeur



Personal de Vialidad Nacional acomodando el terreno para un improvisado helipuerto, necesario para las evacuaciones aéreas.

Fuente: Pablo Hautcoeur



Aspecto del terreno anegadizo circundante al HMC, se destacan los dos Huey destinados a operaciones sanitarias.
Fuente: Eduardo Rotondo



Disposición geográfica del HMC (CIMM) y algunos puestos sanitarios (PUSO) en las inmediaciones de Puerto Argentino.
Fuente: Pablo Hautcoeur



Uno de los quirófanos con todos los elementos necesarios para cirugías de alta complejidad.

Fuente: Fernando Espiniella



Otro de los quirófanos, se observan las ventanas oscurecidas.

Fuente: José Luis Calvo



El director médico del HMC mayor Dr Enrique Ceballos con casco blanco

Fuente: Pablo Hautcoeur



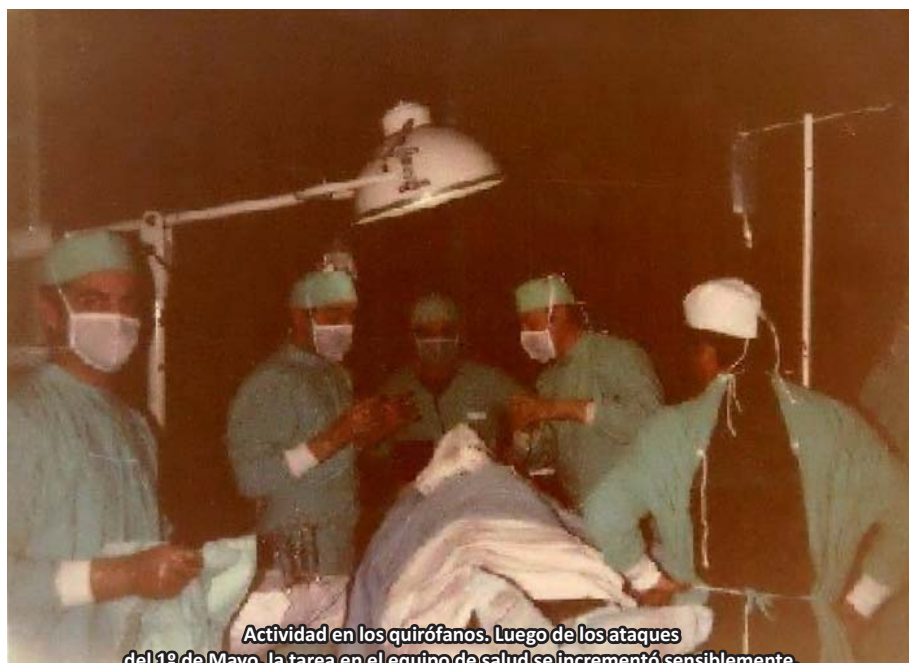
El Dr Ceballos en la sala de rayos X.

Fuente: José Luis Calvo



Actividad en los quirófanos. Luego de los ataques del 1º de mayo, la tarea en el equipo de salud se incrementó sensiblemente.
Fuente: Pablo Hautcoeur





Actividad en los quirófanos. Luego de los ataques del 1º de Mayo, la tarea en el equipo de salud se incrementó sensiblemente.

Fuente: Pablo Hautcoeur



Componente de sanidad de FAA (Parados R. Stvrtecky, F. Fernández, J. Martín y F. M. Abos. Agachados: C. Ortiz, M. Lucarelli y F. Espiniella (Jefe de sanidad de FAA en las islas).

Fuente: Fernando Espiniella



Componente de sanidad naval del HMC (TNME cirujano Giraudo
TNME cirujano Milet (de bigotes), TNME traumatólogo De Diego y
enfermeros, lamentablemente sin identificar.

Fuente: Mario Milet

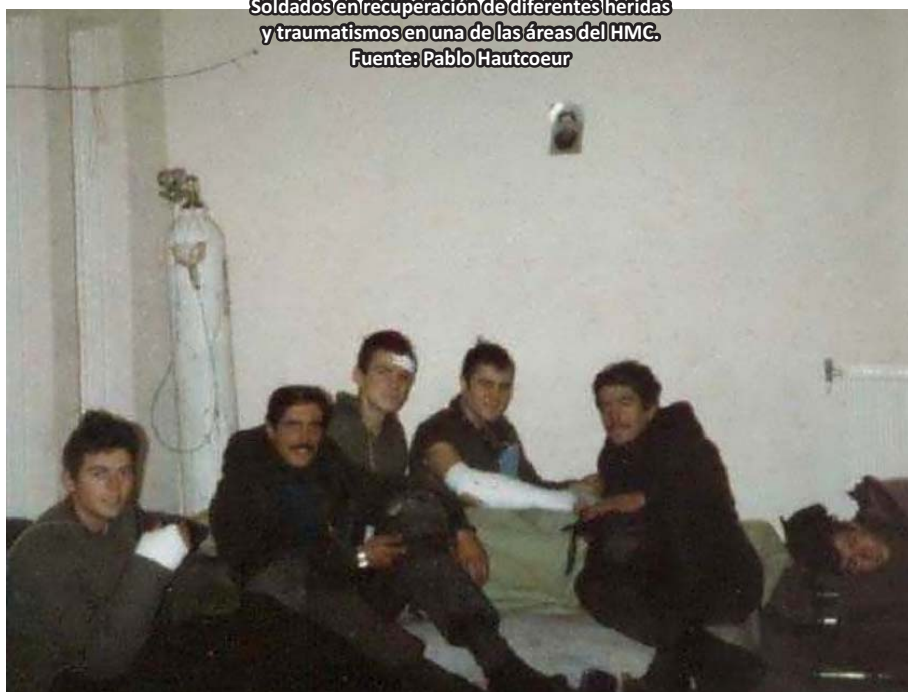


Actividad en los quirófanos II. La interrelación multidisciplinaria
e interfuerzas en forma dinámica y eficiente quedó demostrada en el accionar del HMC.

Fuente: Pablo Hautcoeur



Camillas dispuestas en la sala de internación.
Fuente: Fernando Espiniella



Soldados en recuperación de diferentes heridas
y traumatismos en una de las áreas del HMC.
Fuente: Pablo Hautcoeur

**Ambulancia de FAA evacuando los heridos desde las posiciones
aledañas a Puerto Argentino hacia el HMC.
Fuente: Fernando Espiniella**



**La limitación del terreno y la falta de caminos
impedían la llegada de las ambulancias a las posiciones afectadas
por los bombardeos.
Fuente: Eduardo Rotondo**





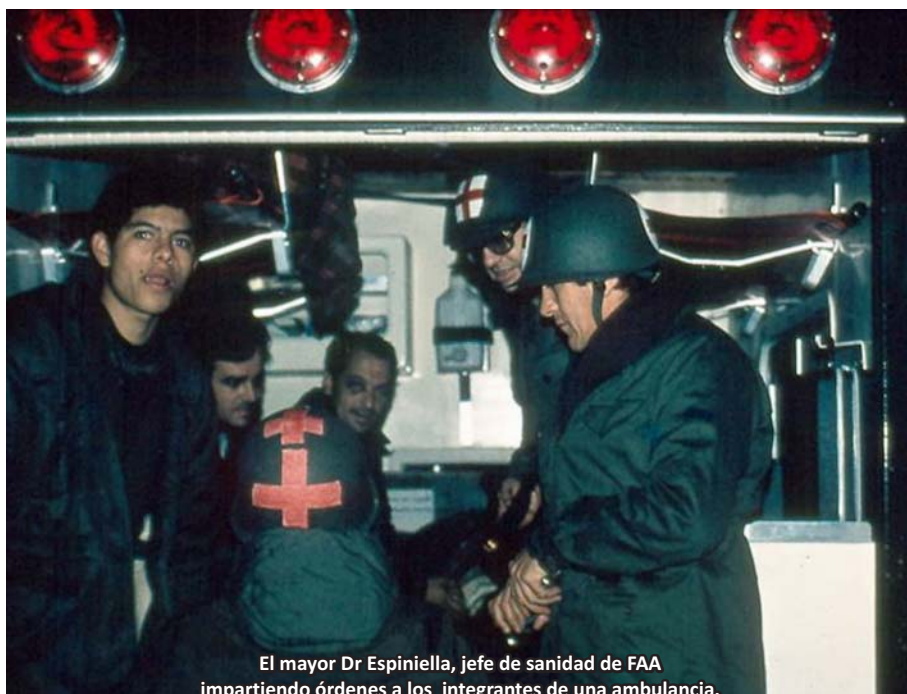
Las posiciones del dispositivo de defensa de Puerto Argentino se recorrían periódicamente en busca de los heridos o acercando elementos sanitarios para primeros auxilios.

Fuente: Eduardo Rotondo



Ambulancias y personal de sanidad en las cercanías del HMC prestos a realizar las recorridas por los sitios afectados por los bombardeos nocturnos.

Fuente: José Soria



El mayor Dr Espiniella, jefe de sanidad de FAA
impartiendo órdenes a los integrantes de una ambulancia.
Fuente: Fernando Espiniella



Imagen tomada desde el PUSO de FAA en el aeropuerto.
Se observa un par de ambulancias durante un bombardeo de la pista.
Fuente: desconocida



Ambulancias esperando la llegada de aviones con suministros sanitarios
o para evacuar heridos al continente.
Fuente: desconocida



Ambulancia de FAA junto a un avión
Focker F-28 probablemente descargando suministros sanitarios.
Fuente: desconocida.



El puente aéreo establecido mediante los Hércules C-130,
durante cierto tiempo el único contacto con el continente manifestado
por la celebración de esos soldados.

Fuente: José Soria



Había escasos minutos, una vez que aterrizaba el Hércules
para evacuar a los heridos hacia el continente.
La celeridad de las ambulancias hacia el aeropuerto.

Fuente: Telam



Un equipo médico que viajaba en el Hércules
se hacía cargo de los heridos durante el viaje hacia las bases continentales.
Fuente: desconocida



**Un Huey sanitario sobre el helipuerto improvisado
al costado de CIMM, transportando heridos hacia el Bahía Paraíso
anclado frente a Puerto Argentino.
Fuente: Eduardo Rotondo**



El AE 409 recibió el color blanco el 26 de mayo. Fue utilizado por última vez por pilotos argentinos el 17 de junio, realizando vuelos de recuperación de heridos y muertos sobre Mte Longdon.

Fuente: Eduardo Rotondo



Foto obtenida por Rick Jolly. Se observa el hospital militar en primer plano y el hospital local KENH, entre ellos la casa de gobernador.

Fuente: Rick Jolly



Durante los últimos días de combate ambos Huey sanitarios realizaron un intenso tráfico de heridos entre el HMC y los buques hospital. A partir del 18 de junio quedaron en poder del enemigo.
Fuente: desconocida



El Dr. Ceballos intercambiando opiniones con el Gral. Menéndez. ¿La situación sanitaria definió las últimas decisiones?
Fuente: desconocida



Un homenaje a los enfermeros y soldados camilleros auxiliando en las primeras líneas.

Fuente: Eduardo Rotondo



Situación frecuente: llegando al hospital por propios medios o con ayuda de algún camarada.

Fuente: Eduardo Rotondo



Vista desde el interior del CIMM, primeras heladas, ambulancias prestas a correr hacia el aeropuerto y un final anunciado.

Fuente: José Soria



En una de las ambulancias de FAA en el aeropuerto, ya como prisioneros, esperando la evacuación hacia el continente.

Fuente: Fernando Espiniella



EL HOSPITAL CIVIL

Tras consolidarse la recuperación de las Islas Malvinas, el ministro de Salud Pública y Medio Ambiente, doctor Horacio Rodríguez Castells, estableció la organización de la atención médica para la población de las Islas mediante el envío de cuatro médicos que cubrirían las especialidades básicas. Se trataba de los doctores Mario Lazar Vellico (clínica médica), Augusto Pablo Sandoval (tocoginecología), José Héctor Soria (pediatría) y Oscar Ricardo Rojas (cirugía), quienes habitualmente prestaban servicios en establecimientos asistenciales nacionales. Estos profesionales resultaron elegidos entre más de cuarenta inscriptos, dispuestos a viajar a las islas para hacerse cargo del hospital malvinense King Edward VII Memorial Hospital (KEMH). Se pensaba que el territorio recuperado quedaría integrado definitivamente al país y el proyecto sanitario preveía rondas periódicas de especialistas con el reemplazo anual de los profesionales.

Mario Lazar Vellico

Mi historia con las Islas Malvinas comienza mucho antes de 1982. Crecí en una familia monárquica militarizada a lo húngaro que menospreciaba la medicina. Entre las muchas prohibiciones me estaba vedada la lectura de temas médicos, que era para "civilachos" según jerga de mi abuelo. Por supuesto que devoraba lo prohibido con mayor gusto aún y cuanto libro encontraba iba incorporándose a mi memoria.

Debido a que soy muy escéptico y obsesivo se me ocurrió a eso de los 12 años que lo de la membrana biológica no tenía ni ton ni son. La búsqueda de su explicación se convirtió en un delirio muy estructurado. Estudié física y medicina con ese objetivo en la Universidad de Buenos Aires y me puse a buscar "receptores" para el yoísmo y el altruismo, biológicamente hablando. Para estudiar colágenos y cicatrices caí en el Hospital Británico que era muy quirúrgico, y en el Instituto Malbrán que era muy analítico allá por 1970.

En 1973, el cónsul británico, Sr. Kelly, me ofreció ir a Malvinas como reemplazo del Dr. Ashmore que se retiraba. Dicha población era muy cerrada y

aislada. Me interesó ese hecho para una eventual detección de marcadores en retrocruzas¹. Me encontré al llegar a las islas con una situación sanitaria y social dickensiana, de eras pasadas. Su población contabilizaba mil ochocientas personas con unas cuarenta de la clase gobernante. El hospital local King Edward Memorial (KEMH) era una pieza de museo, con instrumentos de cirugía antediluvianos, un laboratorio con complejidad fotométrica y una modesta maternidad. La enfermería era vocacional, salvo la *matron* o jefa de enfermeras; los medicamentos, caros; los antibióticos, conservados en la caja fuerte a cargo de ella. El sistema de comunicaciones se establecía por cable excepto por un radio-transmisor para las llamadas del campo. Las funciones y misiones de la sanidad eran vastas e incluían la atención de las islas Malvinas y sus dependencias hasta la Antártida. Mucho se realizaba por radio y se cubrían todas las especialidades humanas y veterinarias. Se preparaban los medicamentos y reactivos, anteojos, se realizaban análisis clínicos a nivel colorimétrico, comunicaciones, algo de bromatología y toxicología, traslados locales y del BAS. Ni hablar de la parte social.

Me encontraba en una posición impopular, como de costumbre. Un médico argentino pagado por la corona británica en un lugar de histórica disputa política. Tardé casi un mes en romper el hielo local. Había solo tres argentinos y una decena de católicos que no eran muy bien vistos por los demás. Moraleja: me concentré en lo que podía hacer por la población ignorando acciones negativas de los representantes constituidos, tanto argentinos como británicos. Fue áspero, pero salió bien.

¿Cómo era la situación en 1973? Los lujos eran baratos y las necesidades a muy alto precio. Solo tenían al buque Darwin que abastecía a las islas cuatro veces al año. La mayoría tenía una dieta a base de cordero capón, enlatados y ¡bebidas de excelente calidad! Las verduras y frutas eran basura cara y poco o nada consumida. Cuando encontré un caso compatible con escorbuto² distribuí entre la población cuatro cajones de fruta y eso fue lo que finalmente rompió la desconfianza que me tenían. Estaba con el Dr. Cox, que tuvo que trabajar el doble hasta esta aceptación, y entre los dos modificamos las condiciones a pesar del gobernador Lyang y del comodoro De La Colina. No lo hicimos por ninguna razón política, simplemente, a nuestro juicio, era necesario. Éramos dos tratando de cumplir todas las tareas a pesar del sistema.

¹ La importancia de la retrocruza radica en que permite conocer la constitución genética de las gametas formadas por un híbrido, analizando su descendencia.

² El escorbuto es una avitaminosis producida por la deficiencia de vitamina C. Era común en los marinos que subsistían con dietas en las que no figuraban fruta fresca ni hortalizas.

Las comunicaciones por radio diarias con el camp (área rural de Malvinas) se mantuvieron, (aún se seguía haciendo en el 82). Con el tiempo introdujimos los handies³, reciclamos el aparato de rayos X gracias al representante de la ESRO, ingeniero Gordon Johnston, comenzamos con cursos de enfermería en los que el único requisito era el entusiasmo y un amplio límite de edad, entre doce y setenta años. Había cosas que no podíamos solucionar, y el Hospital Británico de Buenos Aires estaba demasiado lejos. Un día entró un politraumatizado grave de un pesquero con rotura de hígado y demás complicaciones. Llamé por radio al Hospital Alvear de Comodoro Rivadavia si me aceptaba derivaciones de las islas. El director Dr. Zenos dijo que sí, y desde entonces se hizo un enlace médico bueno y eficiente con las islas. Se planificaron arreglos para visitas de médicos, enfermeras y monjas, y todo funcionó sobre rieles, y se limaron muchas asperezas con la población local.

Las relaciones pasaron a ser excelentes, pero estaba muy limitado en cuanto a contactos y actualizaciones médicas. Tenía proyectos de mejoras, pero solo llegué hasta el punto de poder irme transitoriamente si conseguía un reemplazo con montones de requisitos. Hacia fines de ese año, el Dr. Liotta encaró la posibilidad de un instituto para estudios inmunogenéticos y me volví a Buenos Aires. En 1975 se realizaron estudios conjuntamente con el Centro Panamericano de Zoonosis para determinar cuántos isleños padecían la enfermedad hidatídica, a partir de los cuales se detectaron doce casos cuyo tratamiento se completó en el continente.

El sistema siguió funcionando con frecuentes visitas de los que venían a Capital, pero el grueso de pacientes se iba al hospital de Comodoro Rivadavia. Esa situación no fue muy bien vista por los del Hospital Británico, por lo que me fui al Hospital Ferroviario. En 1982 me encontraba trabajando en ese hospital cuando me “convocaron”, por mi experiencia, para volver a las islas y hacerme cargo del hospital local.

Al llegar a Puerto Argentino me di cuenta enseguida de que el médico a cargo del hospital hablaba sospechosamente con léxico militar, situación que provocó su inmediato alejamiento a Bahía Fox. Tomé el cargo de director médico del hospital civil, y junto a mis colegas argentinos y a una médica escocesa, Alison Bleaney, manejamos la sanidad como pudimos en esas condiciones ex-

³ Receptor-transmisor que podía ser sostenido completamente en la mano

tremadamente difíciles. La antigua ala de madera, en donde se albergaba a personas ancianas a modo de geriátrico, fue reconvertida en un área de recuperación terapéutica de soldados previamente tratados en el hospital militar. Alison quedó a cargo de la atención de la población local en el ala Churchill, más moderna, de cemento.

Mi enlace con la administración era el capitán de navío Melbourne Hussey quien siempre fue muy receptivo a mis solicitudes. La relación con él era muy buena, Menéndez era inalcanzable. En cuanto a los alimentos, el hospital se autoabastecía mediante una huerta y un par de vacas para leche fresca. Contábamos con cinco ambulancias, lo que me originaba problemas con el Dr. Ceballos del CIMM.

El 10 de junio me entrevisté con el representante de la Cruz Roja a quien le expliqué los motivos por los que había habilitado un ala de recuperación de heridos militares en el hospital civil. Al día siguiente, cuando me encontraba en Monte Longdon, sufrí las esquirlas de un impacto de artillería. A partir de ahí tengo los tiempos confundidos. Me recuerdo a bordo del Bahía Paraíso, luego en Puerto Santa Cruz nevado, en un vuelo 737 sin asientos, arribando finalmente a Comodoro Rivadavia con remera ballenera sin sentir frío... Aún siguen conmigo las esquirlas de esos días.

José Héctor Soria

En esos días yo cubría un cargo de guardia de clínica médica en el Hospital Santa Lucía cuando se abrió un registro de voluntarios en los hospitales nacionales. Tuvimos una reunión de presentación el 16 de abril en el Ministerio de Salud Pública para conocernos con quienes viajaríamos en el marco del apoyo sanitario establecido por el gobierno para las recuperadas Malvinas. El gobernador Menéndez en su esquema administrativo había solicitado cuatro médicos para encargarse de la población civil en cuanto a las especialidades básicas. En ese encuentro me preguntaron:

- ¿Está, usted, en condiciones de cubrir el área de pediatría?
- Me he desempeñado por mucho tiempo en poblaciones rurales parecidas a las que me convocan, por lo que me siento muy seguro de poder afrontarlo, señor.

Luego, Lazar Vellico, que oficiaba como jefe de la delegación médica, me interrogó en inglés sobre una patología gripal típica de los malvinenses a lo que res-

pondí sin dificultad. Al rato quedó constituida la primera avanzada de la ciencia médica argentina, motivo de orgullo para todos nosotros.

El lunes 19 de abril partimos desde Aeroparque a Comodoro Rivadavia y en un Hércules completo de suministros llegamos a Puerto Argentino. Al llegar nos informaron que el gobernador había establecido el traslado de la población civil hacia la isla Gran Malvina debido al envío de fuerzas militares británicas. Esta situación obligó a una modificación de la organización inicial del proyecto sanitario redefiniendo nuevas funciones. Lazar Vellico quedaría como asesor del gobernador, Rojas iría a la Armada y yo pasaría a depender del Ejército. Sandoval, especialista en ginecología, no tendría área de influencia ya que las mujeres serían trasladadas y se decidió su vuelta al continente para el 20 de abril.

Nos alojamos en el hotel Upland Goose y al otro día me dijeron que me presentara en el CIMM (el hospital militar que ya estaba funcionando). Hasta esos días este centro interfuerzas atendía casos de accidentes con armas o heridas autoinfringidas. A partir del 1 de mayo, luego de los ataques ingleses, comenzó a recibir heridos mucho más graves producto de las bombas y esquirlas. Se practicaban las operaciones, se suministraban antibióticos y se inició la derivación de los pacientes al hospital civil para su recuperación.

Al King Edward Memorial Hospital se lo dividió en dos alas, una que denominábamos “civil” donde quedaron unos pocos ancianos y la otra, “militar” donde se encontraban los convalecientes del CIMM. El ala “civil” contaba con la asistencia de dos médicas muy amables, una soltera, Mary, y otra escocesa, Alison. Empezamos a cuidar a esos heridos, los llevábamos en brazos, los bañábamos con agua caliente y cuando se podía los transportábamos en ambulancia hasta un avión para su regreso al continente.

Debo reconocer las propiedades curativas que presentan las condiciones ambientales de un lugar que posee calefacción, agua caliente y comida. Nuestra comida, que consistía en una sopa y dos galletitas, la proporcionaba diariamente el ejército. Por las noches, el doctor Rojas nos alegraba con sus canciones, acompañándose con su guitarra que tuvo la feliz idea de llevar. Esas reuniones al terminar el día nos servían para distendernos y olvidar por un momento el tronar del cañoneo británico. Diariamente entre las 19:00 y las 23:00 recibíamos un intenso ataque de artillería por parte de la flota británica. Primero, se escuchaba el estampido del disparo; luego, al contar hasta tres se sentía el silbido del proyectil sobre nuestras cabezas antes de impactar sobre el suelo malvinense. La primera noche dormimos debajo de las camas y lejos de las ventanas. Luego, al acostumbrarnos, olvidamos esa práctica.

Un día, el Dr. Rojas trajo un niño de once años con apendicitis trasladado desde el interior mediante helicóptero. Luego de la cirugía se restableció exitosamente. En otra oportunidad me enviaron a un lugar denominado Port St. Louis por una presunta epidemia de diarrea. Cuando llegué me encontré con un único caso: el de un adulto. Durante el viaje me dediqué a buscar en mi diccionario cómo decir agua hervida en inglés, mientras había amenaza de ataque aéreo británico. Al llegar, me aboqué a la atención de esa población, de las patologías y de cómo vivían en ese pequeño lugar rural.

Con el paso del tiempo empezamos a ver el deterioro de nuestra gente por el frío y la mala alimentación. También los casos de pie de trinchera aumentaron. Mediante consultas realizadas al continente pudimos redactar recomendaciones para su prevención que fueron distribuidas entre los soldados. Hacia el 2 de junio ante la inminencia del ataque inglés sobre Puerto Argentino decidieron evacuarnos en un Hércules hacia el continente. El viaje era muy riesgoso, a baja altura, sin radio y con la recomendación de no movernos para no perder sustentabilidad. Esas tres horas resultaron una eternidad.

Mi estadía en las islas Malvinas me permitió conocer gente de gran valía. Gente que dejó mucho de sí: bienes, comodidades y sobre todo sentimientos en el continente para ir a defender lo que creemos es nuestro. Recuerdo a los que llegaron como voluntarios como nosotros, a los periodistas, a los capellanes, a los del correo, a los de LADE, a marinos mercantes y a tantos otros.

Oscar Ricardo Rojas

El 10 de abril de 1982 me encontraba en las inmediaciones de Plaza de Mayo, precisamente en la esquina de Rivadavia y Florida, cuando percibí mucho bullicio que venía de la plaza. Por mi natural curiosidad, me acerqué y encontré (era el día de visita de Alexander Haig) a una gran cantidad de gente que comenzaba a congregarse. Sentí una gran desazón ya que me recordaba más a los festejos del Mundial 78 que a lo que se “jugaba” en ese momento. Yo ignoraba que había habido una convocatoria de parte de José María Muñoz, el recordado relator de fútbol, pero después lo pude entender mejor. Decidí irme, con algo de fastidio, cuando vi avanzar desde la Avenida de Mayo una columna de personas portando una bandera boliviana de unos treinta metros de largo. Sus rostros duros y más que nada sus miradas contrastaban con los gestos de algarabía de los otros habitantes. Me invadió una profunda conmoción. Muchas veces he contado esa sensación sin poder dejar de quebrarme. Escribirlo

me ha sido más sencillo pero me vuelve a emocionar visceralmente. Era como encontrar una respuesta: la verdad que me parecía hasta ese momento oculta, la convicción que me sustenta hasta hoy para contestar, sin dudar, que volvería a repetir mi decisión. Era sábado. A primera hora del lunes me anoté en mi hospital como médico voluntario.

Fueron varios compañeros los que lo hicieron. El miércoles me citó el Dr. Leppen al Ministerio de Salud y, sin vacilar, certifiqué la decisión nacida en aquellas imágenes de la Plaza de Mayo. Me parece importante destacar que varios colegas, por motivos personales, se excusaron de reiterar su ofrecimiento inicial. Por eso valoro más las decisiones de los que fueron mis compañeros: Mario Lazar Vellico, José Soria y Pablo Sandoval. El 16 de abril, con la que era mi esposa y nuestras tres niñas, concurrimos al ministerio, ya que, afortunadamente para mí, fui uno de los convocados para la misión.

Recuerdo el vuelo en un Hércules a las islas junto a una cantidad impresionante de combustible JP1 y munición de guerra. “¡Esto va a explotar!”, fue lo primero que pensé, pero después concluí que si eso ocurría ni me iba a enterar, y me tranquilicé. Al llegar, fuimos a la Casa de Gobierno, ya que nos habían anunciado que el gobernador Menéndez nos iba a recibir. Esperamos un tiempo largo mientras lo escuchábamos discutiendo con una isleña a la que le habían robado gallinas y, finalmente, fuimos recibidos por su secretario de salud, el capitán de navío Hussey, una persona muy agradable y simpática. Luego nos informaron que debíamos alojarnos en el hotel Upland Goose junto a todos los civiles.

Empecé a cumplir labores de apoyo en el buque Bahía Buen Suceso que estaba en el puerto y en el puesto de socorro del Apostadero Naval. Recibíamos información cotidiana desde la gobernación de que no iba a haber combates. Nosotros no estábamos tan convencidos.

Pablo retornó al continente porque se consideró que, después nos enteraríamos que erróneamente, no iba a ser necesaria su intervención. Era una decisión política mantener, por lo menos hasta el 29 de abril, el status de no modificar la conducción inglesa de la atención sanitaria de los civiles de Malvinas. La mayoría de las decisiones eran impartidas y debían cumplirse. Estábamos en guerra y yo, personalmente, cargaba con cinco años de entrenamiento militar y de ser subteniente de reserva.

Me ordenaron tomar funciones como cirujano en el hospital civil. Mario ejercía la posición de líder con dignidad. Recuerdo haber sido recibido con

amabilidad pero con gran tensión por parte del personal del hospital. Tengamos en cuenta que ellos nos consideraban invasores a pesar de nuestra sólida convicción de que esas islas nos pertenecían y nos pertenecen. Mi inglés no es para nada fluido y, además, sabía que ni siquiera necesitaban hablar en slang⁴ para quedar fuera de cualquier conversación entre los que iban a ser mis compañeros de trabajo.

Nunca me pude borrar el olor de la cocción del *mutton* (cordero) que me acompañó todo lo que duró mi permanencia y que ese día 29 fue en compañía de la *matron* (jefa de enfermeras), esposa del jefe de los bomberos. Esa era la realidad en la vida civil de Puerto Argentino. Pueblo chico...no tuve tiempo ni inteligencia para confirmar lo de infierno grande aunque intuyo de todos modos que sí. Tenerlo en cuenta sería interesante para la posibilidad futura de una definitiva recuperación. En cuanto al edificio, era de principios del siglo XX construido a partir de la primera guerra mundial en chapa y madera “muy Malvinas”. Luego, en los años 40 agregaron una nueva sección de material. Era escueto en lo estético pero práctico. A la usanza inglesa, en los ambientes se circulaba descalzo, salvo en el quirófano.

El director médico de dicho hospital, un marino inglés, a quien muchos no querían por usufructuar todos los privilegios de su status de inglés, fue entonces desplazado y trasladado a la Isla Gran Malvina, donde atendió a muchos argentinos en la zona de Bahía Fox. La doctora Alison Bleaney, clínica notable, era quien realmente llevaba adelante el hospital. Guardaba en su cabeza prácticamente la historia médica de los 1800 habitantes del pueblo y las estancias.

Cuando nos enteramos de que los británicos habían tomado las Georgias, advertimos que esa pequeña cuota de duda sobre si habría combates era cierta. En fin, esperamos a que comenzaran los ataques en Puerto Argentino, alertas. Pero al pasar la alta tensión de los días 29 y 30 nos relajamos.

¡Demasiados años de piratas! El primero de mayo pegaron duro y nosotros pensamos que era un simulacro. Ingenuos. Ese triste día el hospital militar de Puerto Argentino colapsó. En un principio nos habían dicho que debíamos ocuparnos solamente de civiles. En la noche del primero al 2 de mayo hubo un parto atendido por la doctora Mary Elphinstone. Esta profesional era re-

⁴ *Jerga de registro coloquial e informal usada en el idioma inglés*

cién recibida y estaba de vacaciones en las islas cuando los eventos ocurrieron. Producto de los nervios que vivíamos todos, Mary cortó el cordón umbilical y dejó la placenta dentro de la paciente. Lo extrañé a Pablo. Vino desesperada a buscarnos y traté de calmarla porque había que actuar rápido debido a que la parturienta se desangraba. Yo también me tranquilicé, luego anestesié a la paciente, ella también se tranquilizó, comenzó a trabajar bien y, finalmente, todo fue un éxito. Ese día nos ganamos el respeto de todo el personal, quienes se habían sentido molestos porque habíamos desplazado a los ancianos del hospital viejo (funcionaba como geriátrico) para usar esa parte del edificio para nuestras tropas, desbordado como estaba el CIMM. Cuando nos entregaron ese sector, habían retirado todas las camas. Ignoro si fue por mala predisposición, pero de todos modos esto nos permitía repetir lo que muy bien sabemos hacer a la criolla: trabajar con salas superpobladas y, para peor, sin colchones las primeras dos jornadas.

No hicimos intervenciones quirúrgicas sobre soldados heridos en el hospital civil, solo las evacuaciones que llegaban del CIMM. Con José nos organizamos con la ronda de curaciones. Tuvimos dos casos serios de pánico de guerra. Nos ayudó contar con el asesoramiento de Alison y el impresionante stock de insumos. La capacidad de orden de José nos permitió presentar una estadística detallada de todo lo actuado.

Cierto día observamos que los casos de pie de trinchera aumentaban. En ese momento, no sabíamos ante qué patología nos encontrábamos; era algo nuevo. Se me ocurrió enviar un radiograma a un andinista amigo de Mendoza. Recibimos enseguida la explicación sobre esta dolencia. Elaboramos recomendaciones para evitarlo, lo que produjo un cambio en las condiciones de los soldados y los casos disminuyeron sustancialmente. Realizamos estudios de imágenes ya que el equipo de rayos que había era muy parecido al del Hospital María Ferrer, donde me desempeñaba en Buenos Aires.

A fines de mayo, llamaron de la estancia Brookfield por radio y Alison hizo el diagnóstico de apendicitis a un niño. Me ordenaron ir a buscarlo en helicóptero. Durante el viaje, signado de preocupación por las constantes alertas rojas, fuimos sobrevolados por aviones Harrier. Trasladamos al niño, Allan Steen, lo preparamos para operarlo, un anestesista de ejército colaboró en la tarea y Mario Lazar me ayudó en la cirugía. El pequeño anduvo muy bien. Debe ser el único parte quirúrgico en español que hay en el hospital.

Con el pasar de los días la situación bélica se fue complicando. Los autorizados a ingresar a la parte nueva del hospital, destinada a la población lo-

cal, éramos los tres médicos civiles. En una oportunidad, ante la falta de jeringas y agujas descartables, y la presentación de varios casos de hepatitis, no tuve la menor duda y decidí robar agujas descartables del lado civil. Sospechaba que la esterilización mediante agua hervida en las cocinas eléctricas del lugar no era la adecuada.

El capitán Hussey dio una orden de salida para todos los civiles que no cumplían con alguna jefatura. El 1 de junio abordé el buque hospital Bahía Paraíso. Nunca olvidaré la imagen de este buque pintado de blanco e iluminado *a giorno*. Me llevaron en un barquito. Desde el puente, después de cenar, observé los montes aledaños al pueblo que eran bombardeados incesantemente por la artillería enemiga. Fue una sensación muy desagradable y triste. Estábamos en la línea de fuego y no nos dábamos cuenta.

Durante el viaje que duró seis días, nos encontramos con el Uganda, buque hospital inglés el cual nos entregó heridos argentinos muy bien tratados. Traían un overol azul, una Biblia y la historia médica personal fotocopiada. Pude hablar con el médico que montó el hospital de campaña en San Carlos, quien detestaba a la Thatcher y era hinchado del equipo donde jugaba Ardiles.

En Bahía Fox pude ver la dimensión de las naves de guerra enemigas mientras recibíamos soldados argentinos en un estado de desnutrición muy avanzado. El 8 de junio llegamos al continente con las bodegas del barco llenas de soldados heridos o enfermos. A los civiles nos habían subido previamente, a unas cuarenta millas del continente, a un helicóptero Chinook cedido por la empresa Bridas y nos depositaron en un aeropuerto; nunca sabré si fue en Río Grande o Río Gallegos. Luego nos subieron a un avión de Aerolíneas Argentinas al que le habían retirado los asientos por lo que al despegar nos afirmábamos trabándonos con los codos. Al llegar a Ezeiza estuvimos en condición de detenidos por unas horas... (¿?).

Durante mucho tiempo no pude alejar esa sensación de guerra de mis pensamientos, sobre todo en el estado crepuscular del inicio del dormir. Nunca dejé de comer, nunca tuve frío, miento si digo que no tuve miedo, pero no se puede comparar con el de los combatientes; hice amigos y tenía el metabolismo de un hombre de 35 años. Pese a ello adelgacé ocho kilos. Sigo teniendo la imagen de mi elección ese 10 de abril y no dudaría en volver a presentarme.

Ojalá pudiera hacer las cosas mejor. Ojalá pudiéramos hacer las cosas mejor.

Alison Bleaney

Había solicitado ir a la región antártica como personal médico, pero en ese momento las autoridades británicas en realidad no deseaban personal femenino en el continente blanco. Así que la mejor opción era ir a las Islas Malvinas como anestesista y como tal comencé en 1977 en el King Edward VII Memorial Hospital (KEMH). Conocí a mi marido Mike no mucho después de mi llegada. Mi primera experiencia allí fue absolutamente fantástica. Era como la mejor práctica rural que te puedas imaginar. Los abastecimientos sanitarios los cubría Overseas Development Administration aproximadamente cuatro veces al año. Gran parte de la población vivía en los establecimientos rurales relacionados con la cría de ovejas. Cada lugar poseía un radio transmisor y cada mañana atendía consultas y daba instrucciones médicas. Cada familia poseía un *medical chest*, una especie de botiquín con los medicamentos ordenados en cajoneras pequeñas. Mis prescripciones eran del tipo: "... tomar un comprimido del cajón B cada ocho horas durante siete días..." Periódicamente los medicamentos eran provistos mediante envíos que se lanzaban vía aérea en los establecimientos. Cada tres meses había una visita médica preventiva y se utilizaban los aviones Beaver o Islander para el traslado de los doctores o para las evacuaciones al KEMH. Al tiempo decidí tomar un descanso laboral para criar a mis dos hijos, pero me mantenía en contacto con el hospital en caso de que se me necesitara.

En la mañana del 2 de abril todo el personal médico fue convocado con urgencia. Todo el que podría ayudar en el hospital se dirigió hacia allí. Yo había dejado de trabajar nueve meses antes por la llegada de mi segundo bebé (Emma) y volví a ocuparme de los civiles con mi bebé de cinco meses. El hospital tuvo su bautismo de fuego ese día cuando los médicos realizaron, en tres soldados argentinos que habían recibido disparos en la Casa de Gobierno, sendas cirugías de emergencia.

Se estableció la administración argentina en las islas y el responsable de asuntos de educación, salud pública y social era el capitán de navío Barry Melbourne Hussey, incluyendo al KEMH. Se había establecido un hospital militar de campaña en un gran edificio que iba a ser un albergue de la escuela. El Dr. Daniel Haines ejercía la dirección del KEMH pero era incapaz de establecer una relación de trabajo con los argentinos. Él fue removido debido a una inestabilidad mental asumida y fue enviado a Bahía Fox. Cuando se hizo evidente que el Dr. Haines no se quedaría con el control del hospital se me solicitó que ocupara su lugar. Yo había acordado que podían tener un extremo del hospital

y aparecieron varios médicos civiles argentinos. Entre ellos, Mario Lazar Vellico que estaba familiarizado con el personal debido a un período de suplencias en el hospital hacía unos años.

Más de la mitad del pequeño hospital fue ocupada por los militares argentinos convalecientes de heridas administrativas, aproximadamente unos sesenta, en un pequeño número de habitaciones compartiendo el pequeño quirófano. Había un ala argentina y un ala británica con los mejores pabellones, el quirófano y la cocina. Así que Mike, los niños y yo nos trasladamos al hospital en caso de que fuera necesaria mi presencia durante la noche. Aunque estábamos en la misma calle, era realmente muy peligroso llegar allí.

Tuve la ayuda de la Dra. Mary Elphinstone, que era una médica recién recibida en el Reino Unido y se encontraba allí de vacaciones al estallar la guerra. Tenía tres responsabilidades básicas: manejar las necesidades médicas de rutina de la ciudad, mantener la comunicación de asistencia médica con el campo todos los días y estar preparada para cualquier emergencia que podría presentarse. Mary y yo dialogábamos con el CN Hussey cada mañana para discutir la gestión de la salud de la población civil. Varios niños nacieron en el hospital durante esos días.

La política no fue un problema entre los médicos locales y los argentinos que habían venido para trabajar con nosotros; independientemente de nacionalidades, hemos trabajado juntos en las salas y en el quirófano.

Al final de la guerra cerca de cien civiles se encontraban viviendo en el hospital, hacinados en los pasillos y hasta en los armarios. Aparte de los pacientes, muchos eran familiares del personal del hospital y personas cuyas casas habían sido destruidas. Dormíamos en el suelo. La higiene se complicaba. El lugar fue sacudido por los disparos y la situación era extremadamente peligrosa.

Tratamos de hacer lo mejor que pudimos. Vivíamos en una pequeña habitación durmiendo en el piso desde que se estableció el toque de queda. De lo contrario, no era posible llegar al hospital.

Cada mañana, a las diez, realizábamos una clínica médica por radio teléfono a todos los establecimientos del interior a pesar de que militares argentinos intentaron cancelar ese servicio sanitario. El CN Hussey era un hombre muy bueno y ayudó en todo lo que pudo a los equipos médicos y nos permitió atender correctamente a los civiles. Por dicha transmisión de radio tuvimos una sospecha diagnóstica de que un niño de un establecimiento rural sufría de

apendicitis. Solicitamos su inmediata evacuación al hospital. Se autorizó un vuelo en helicóptero y yo me ofrecí para viajar en él. Hussey se negó e insistió en que eso estaba fuera de la cuestión. El vuelo sería muy peligroso aunque el aparato estaba claramente marcado con una cruz roja. Vi cuando la máquina despegó del helipuerto cerca de la Casa de Gobierno en busca del niño.

En el hospital conservábamos un pequeño transmisor de emergencia aunque los argentinos permanentemente controlaban si teníamos alguna comunicación. Oí a uno de los militares británicos hablando primero en inglés y luego en español, básicamente diciendo que estaban dispuestos a iniciar negociaciones para el alto el fuego; que si alguien estaba escuchando podían continuar dialogando sobre la rendición de los argentinos; que los británicos iban a venir y habría un derramamiento de sangre.

En primer lugar me di cuenta de que tenía que ir a buscar a los comandantes argentinos de alto rango. Eso fue preocupante porque podía ver los proyectiles cayendo en el agua mientras corría colina abajo. Afortunadamente encontré al comandante y le dije:

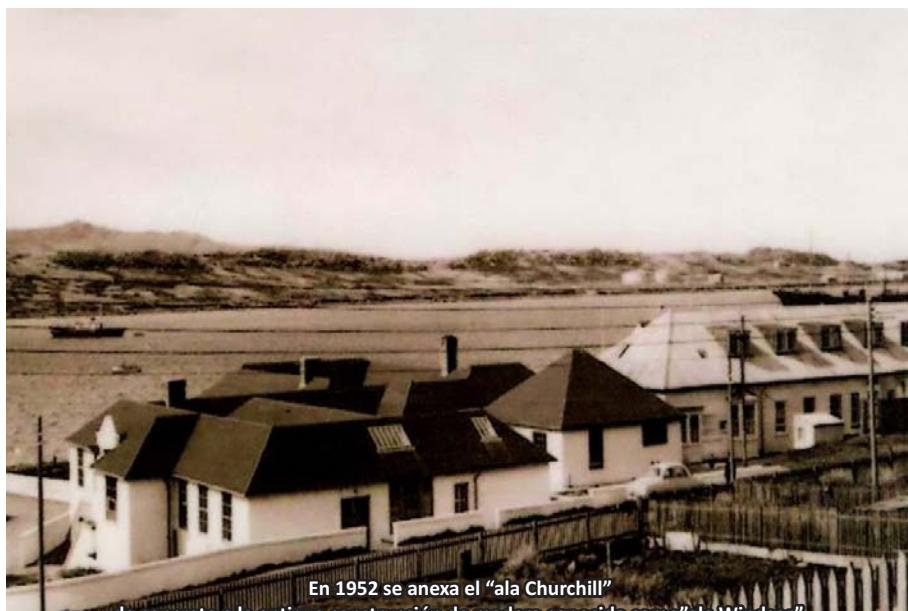
— Los británicos se comunicaron y están dispuestos a negociar una rendición. Es necesario que lo hagan.

Finalmente, los convencí para que con un transmisor escucharan mientras yo hablaba. De ese modo inicié la discusión que llevó a que aceptaran rendirse.

Poco después de la guerra emigré con mi familia a Australia y desde entonces estoy trabajando como médica general en Tasmania.



Primitiva construcción del hospital King Edward VII Memorial (1913)
Fuente: Leona Roberts



En 1952 se anexa el "ala Churchill"
de concreto a la antigua construcción de madera conocida como "ala Windsor".
Fuente: Leona Roberts



**El denominado hospital civil de Puerto Argentino era administrado, antes de 1982, por dos médicos clínicos con experiencia en cirugía y obstetricia.
Fuente: J R Army Med Corps, 1984; 130: 16-19**



**Los insumos médicos eran provistos en forma cuatrimestral por el ODA (Overseas Development Administration) a través de buques como el Darwin.
Fuente: Leona Roberts**



Cada establecimiento era abastecido con medicamentos vía aérea y mediante un radiotransmisor el médico desde el pueblo recetaba según los síntomas relatados.
Fuente: Stefan Heijtz



Un Beaver reparte material sanitario, abastece de alimentos y, cada tres meses, un médico visita en forma programada y de rutina los establecimientos.

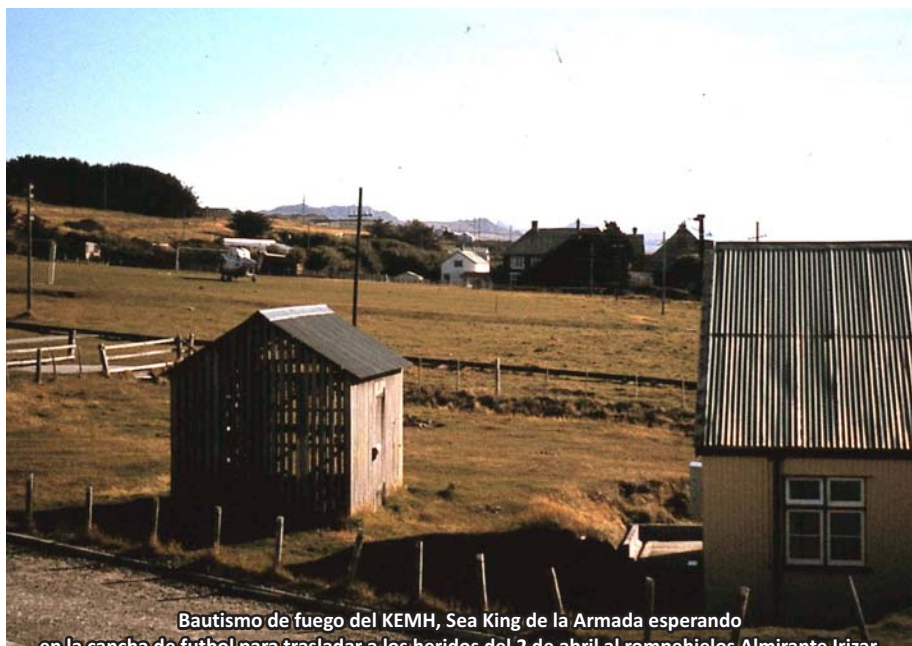
Fuente: desconocida



La Dra Alison Bleaney y su familia
llegan al hospital durante la mañana del 2 de abril.
Fuente: Rafael Wollmann



Mary Elphinstone, una médica británica,
de vacaciones post graduación
se acerca al hospital para colaborar.
Fuente: desconocida



Bautismo de fuego del KEMH, Sea King de la Armada esperando en la cancha de fútbol para trasladar a los heridos del 2 de abril al rompehielos Almirante Irizar.
Fuente: desconocida



Alison Bleaney y su familia en la mañana del 2 de abril por la calles de Puerto Argentino.
Fuente: Rafael Wollmann



**Designación del grupo de médicos que
cubrirán las áreas básicas en el hospital civil de Puerto Argentino.
Ceremonia realizada en el Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Nación.
Fuente: José Soria**





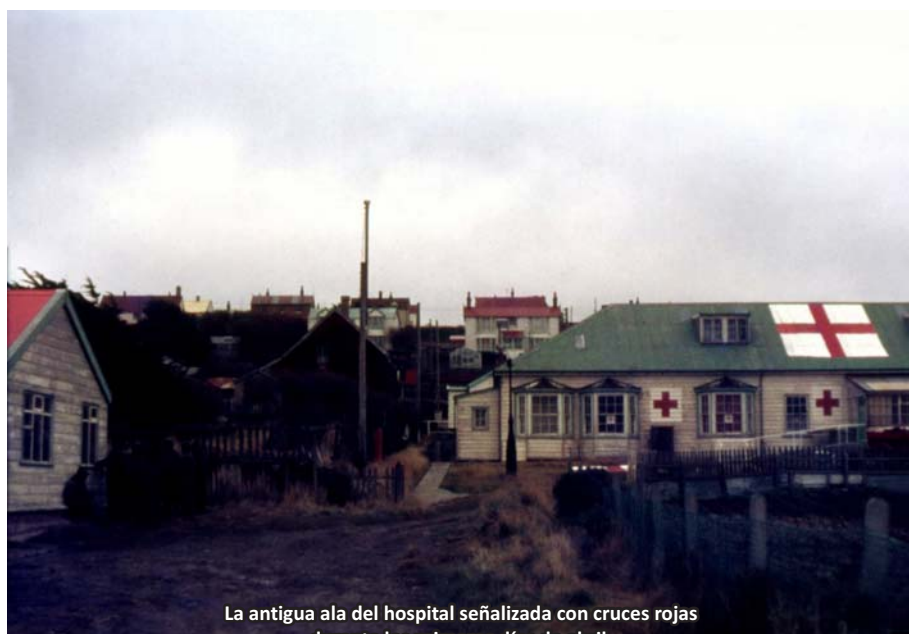
**El Dr. Lazar Vellico recorriendo Puerto Argentino a su llegada a las islas.
Fuente: José Soria**



**Los Dres. Soria y Sandoval frente al hotel Upland Goose,
lugar asignado para instalarse en Puerto Argentino.
Fuente: José Soria**



El Dr. Rojas en el Upland Goose Hotel,
lugar de residencia de la mayoría de los civiles argentinos que fueron a las islas.
Fuente: José Soria



La antigua ala del hospital señalizada con cruces rojas
durante los primeros días de abril.
Fuente: José Soria

5

REPUBLICA ARGENTINA
GOBERNACION MILITAR DEL TERRITORIO DE LAS
ISLAS MALVINAS, GEORGIAS Y SANDWICH DEL SUR

PUERTO ARGENTINO, 02 de mayo de 1982

VISTO: Lo informado por el titular del Area de Educación, Salud Pública y Acción Social y,

CONSIDERANDO: Que atento a las afecciones producidas, es necesario asignar personal médico al Hospital Regional de este Territorio;

Que el Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de la Nación ha puesto, a disposición de esta Gobernación Militar, a personal médico dependiente y rentado por el presupuesto nacional;

Que asimismo es factible utilizar los servicios de personal médico existente en el ámbito de este Territorio;

Por ello y atento lo establecido en el Artículo 3ro del Decreto "5" Nro 681/82 del Poder Ejecutivo Nacional,

EL GOBERNADOR MILITAR DEL TERRITORIO DE LAS ISLAS MALVINAS, GEORGIAS Y SANDWICH DEL SUR,

DECRETA

ARTICULO 1ro: Designase Director Interino del HOSPITAL REGIONAL de este Territorio al Doctor MARIO LAZAR VELLICO (M.I. 7.803.825), médico U.N.B.A., categoría 13 del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de la Nación.

ARTICULO 2do: Designase asimismo interinamente, para prestar servicios en dicho Hospital Regional, al siguiente personal:

- Doctor OSCAR RICARDO ROJAS (MI 8.151.456), médico U.N. CUYO, categoría 13 del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de la Nación.
- Doctor JOSE HECTOR SORIA (MI 6.086.693) medico U.N. CORDOBA categoría 13 del Ministerio de Salud Pública y Medio Ambiente de la Nación.
- Doctora ALISON ANN BLEANEY (Pasaporte U.K. 846.965) M.B.Ch.B. de la Universidad de ABERDEEN (U.K.).

ARTICULO 3ro: Los servicios de la Doctora ALISON ANN BLEANEY serán retribuidos con fondos del presupuesto local y por el monto equivalente a la categoría S.1 de las escalas de remuneraciones establecidas por el anterior Gobierno de ocupación.

ARTICULO 4to: El presente decreto tiene efecto retroactivo al 27 de abril de 1982.

ARTICULO 5to: Comuníquese, publíquese y archívese en la Secretaría General de esta Gobernación Militar.



MARIO BENJAMIN MENENDEZ
GENERAL DE BRIGADA
Gobernador Militar

DECRETO Nro 4

**Decreto Nº 4 de Gobernador Menéndez
designando a los médicos a cargo del hospital civil de Puerto Argentino.
Fuente: Archivo de la Gobernación de Malvinas.**



La antigua ala del hospital
señalizada con cruces rojas durante los primeros días de abril.
Fuente: José Soria



El ala Churchill en abril. Posteriormente los delegados de la Cruz Roja señalaron que
dichas cruces resultaban muy pequeñas según los requerimientos de la Convención de Ginebra.
Fuente: desconocida



Vista del conjunto señalado, observándose la huerta del hospital con la que se abastecía de vegetales frescos.
Fuente: Oscar Rojas



Ambulancias del hospital sobre St Mary's Walk.
Fuente: VyCA



Actividad de helicópteros entre la casa del gobernador y el hospital.
A la izquierda y a lo lejos las carpas del HMG.
Fuente: desconocida



El Dr. Rojas manejando una de las ambulancias
propias de hospital, con volante al uso inglés.
Fuente: José Soria



Los doctores Soria y Rojas trabajando
con las historias clínicas en el ala antigua del hospital civil.
Fuente: José Soria



En la casa de Alison (Stanley Cottage) festejando luego de un parto complicado
que terminó exitosamente. El Dr. Soria con Emma en brazos, la Dra. Bleaney y
junto a ella Sue Whitley, quién lamentablemente falleciera por un bombardeo
en los días siguientes. Sentado a su lado el Dr. Lazar Vellico.
Fuente: José Soria



El Dr. Soria y la antigua ala Windsor del hospital, anteriormente utilizada a modo de geriátrico y durante la guerra destinada a la recuperación de soldados derivados del HMG a cargo de los médicos argentinos.

Fuente: José Soria



El Dr. Rojas observando el ataque que se está produciendo sobre el aeropuerto.

Fuente: José Soria



El hospital civil completo de Puerto Argentino durante el conflicto bélico, el ala antigua (convalecientes), el ala Churchill (población civil) y la casa de las enfermeras.
Fuente: José Soria



La Dra. Alison Bleaney junto a su familia camino al KEMH durante los primeros días de abril.
Fuente: Alison Bleaney



La Dra. Bleaney durante sus llamadas matutinas hacia los establecimientos del campo atendiendo consultas médicas.
Fuente: desconocida



Ministerio de Salud Pública
y Medio Ambiente

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y MEDIO AMBIENTE	
RESOLUCION REGISTRADA	
Bojo el N°	1145
18/5/82	<i>[Firma]</i>

BUENOS AIRES, 18 MAY 1982

VISTO el expediente n° 2020-8509/82-4; y

CONSIDERANDO:

Que es menester prorrogar la comisión de servicios de diverso personal en el Hospital de las Islas Malvinas, dispuesta por Resolución n° 905/82.

Que dicho movimiento debe considerarse encuadrado en el artículo 45° del Régimen Jurídico Básico de la Función Pública aprobado por Ley n° 22.140 y como caso de excepción según lo determinado en el artículo 2° de la Resolución n° 142 del 25 de enero último (Boletín Informativo n° 44).

Por ello,

EL MINISTRO DE SALUD PUBLICA Y MEDIO AMBIENTE

R E S U E L V E :

ARTICULO 1°.- Prorrógase por el término de SESENTA (60) días, a partir del 19 de mayo de 1982, la comisión de servicios en el Hospital de las Islas Malvinas, establecida por Resolución n° 905/82, del siguiente personal:

Dr. Mario LAZAR VELLICO (Legajo n° 70.859) del Instituto Nacional de Microbiología "Dr. Carlos G. Malbrán".

Dr. Oscar Ricardo ROJAS (Legajo n° 90.915) del Centro Nacional

[Firma]
[Firma]

//

Resolución del MSyMA prorrogando la comisión de los médicos en las Islas Malvinas.

Fuente: José Soria



Ministerio de Salud Pública
y Medio Ambiente

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y MEDIO AMBIENTE	
RESOLUCION REGISTRADA	
Bajo el N.º	1145
18/5/82	<i>[Firma]</i>

//

de Rehabilitación Respiratoria "María Ferrer".

Dr. José Héctor SORIA (Médico de Guardia) del Hospital Nacional
Oftalmológico "Santa Lucía".

ARTICULO 2º.- Regístrese; comuníquese y archívese.

RESOLUCION Nº

AEF.

[Firma]
[Firma]
[Firma]

[Firma]

DR. HORACIO M. RODRIGUEZ CASTELLS
MINISTRO
DE SALUD PÚBLICA Y MEDIO AMBIENTE

Resolución del MSyMA prorrogando la comisión de los médicos en las Islas Malvinas.

Fuente: José Soria



El Dr. Rojas, gran guitarrero junto a soldados
que se encontraban rehabilitándose en el hospital civil.
Fuente: José Soria



Oficio religioso para los soldados en recuperación en el ala antigua del hospital,
lugar también denominado "hospital de convalecientes".
Fuente: José Soria



Oficio religioso para los soldados en recuperación en el ala antigua del hospital, lugar también denominado "hospital de convalecientes".

Fuente: José Soria

PREVENCIÓN DEL CONGELAMIENTO DE LOS PIES

INDICACION OBLIGATORIA

- 1.- Usar medias reglamentarias.
- 2.- Encima de las medias, colocar una hoja de papel de diario envolviendo el pie, cuidando especialmente que los dedos queden bien cubiertos por el papel, incluyendo la punta de los mismos. Colocar encima el borcegui.

- 3.- Reemplazar el papel cuando se humedezca.

Acción de este método: a) el papel absorbe la humedad.
 b) el papel conserva el calor.
 c) el movimiento del pie dentro del calzado (aunque sea pequeño) arruga el papel, y esto produce un masaje contribuye eficazmente a mantener caliente los dedos del pie.

**Consejos de prevención
 del pie de trinchera elaborados a partir de la experiencia obtenida en el lugar.**

Fuente: José Soria

SANIDAD INFORMA

SOLDADO:

Es fundamental TOMAR CONCIENCIA, pues puede quedar imposibilitado de defender su PATRIA y SU PROPIA VIDA si no evita el principio de congelamiento de manos y pies, fundamentalmente, (PIE DE TRINCHERA). Ello es provocado por el frío y la humedad.

LOS SIGNOS Y SINTOMAS INICIALES EN MANOS Y PIES SON:

- A) FRIO INTENSO
- B) ADORMECIDO, BLANCO
- C) ANESTESIA (NO LO SIENTE)

Si esto ocurriere, INFORME A SU SUPERIOR y dirijase de inmediato al Escalón Sanitario.

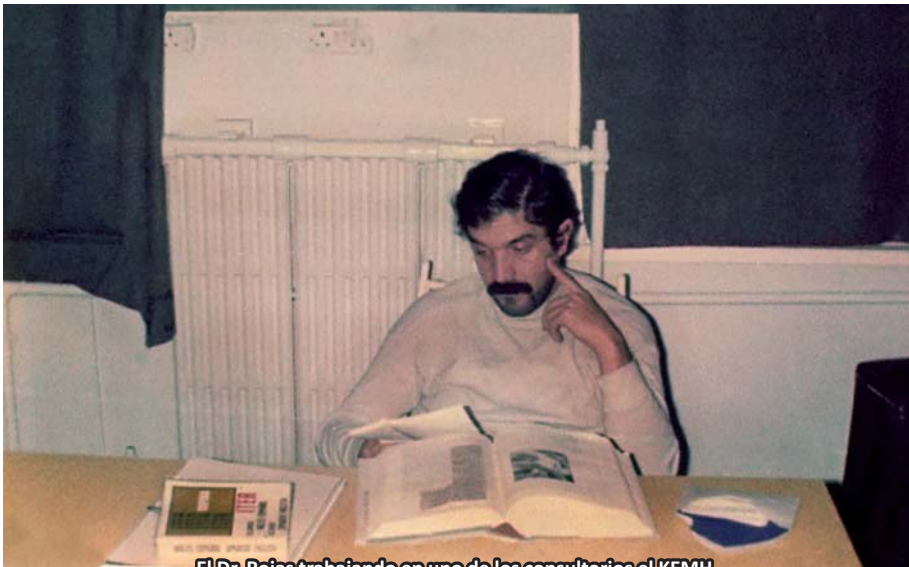
ATENCION:

Al comprobar lo dicho, **NO SACARSE EL CALZADO**, pues lo más probable es que no pueda volver a colocárselo.

COMO PREVENIR EL PIE DE TRINCHERA

- a) Tratar por todos los medios de **NO** tener las medias húmedas.
- b) Llevar un par de medias secas en el bolsillo y cambiarlas por las mojadas.
- c) Usar guantes.
- d) Alimentarse. Sólo por excepción tomar bebidas alcohólicas.
- e) Mover frecuentemente manos y pies y caminar. Evitar la INMOVILIDAD lo más posible.
- f) De colocar los pies o manos en agua caliente, ésta **NO** debe ser muy caliente, sino más bien tibia.
- g) Tener los borceguíes SIEMPRE ENGRASADOS o con mucha pomada. (Grasa de armas o de carne).

**Consejos de prevención
del pie de trinchera elaborados a partir de la experiencia obtenida en el lugar.
Fuente: José Soria**



El Dr. Rojas trabajando en uno de los consultorios el KEMH.

Fuente: Oscar Rojas

Ans: Pro Bds.

Interms: 20 Marks

Soluciones: no recuerda.

Cigarrillos: desde los 14 años - 1 por
ref. - ve frías - mejor.

Reporto de clase: Trabajo en grupo
here & there.
no problems.

GAST 4:

GAST 4: Turno en lugar improvisado. Un par de posibilidades de secuencia por pie. - Por foros mudas. ~~de~~ Use el celofán algo flojo

Al 4 día de llegar noto que el punto de la cabeza se adormecían.
Después disminuía pero se en aumento y después dolor.

● Tomás portillas pero lo diere. Activamente sin dar
nada. (Harto q hoy se lo medió. (Two diere ~~de~~ que se inen-
tro). Con alguna oportunidad interrogase). -

Activamente como todo lo resto. Se le queda con hambre (incluso en los periodos con diarrea).

Padre diabético moderado. - Abuelo paterno diabético.

Assumere: inferno del porco.

- También he notado dolor en las manos. Lo puedo comparar a lo que tuve en los pies.

Diese 2 dürfen auch Hofmeister.

- Toleranță scăzută; Insulgeam active limitate. În doborâș pierse
Pulsul puțin pozitiv bilateral. Bune circulații venoase.
Edeme: +.

4) Bacia de sel : 10'. Água limpa.

15. Empeoramiento de dolor de dedo. Insensibilidad. Sin cambios en cuenta el dolor. No coema. Mientras está en baño corporal completo refiere que "clavó".
Hoy se bañó y refirió que empeora el ratón del baño.

Edgardo,
Brasil.
No ~~de~~ intermedio italiano.

- No solventes -
- Pizornillos: desde hace un año. 1/2 pae. Actualmente fuma +.

RSI Hec. 10. Este todo el día con los pies inoperables. Nota que el calzado estaba algo apretado. No se sabe los horrores en ningún momento.

Los síntomas: adormecimiento. Hacen y remueven. Hacen y dicen apor-
pe el dolor. Hicte diez enter impotencia discreta.

No tomó bebida alcohólica.

- Concomitantemente desarrollo una infección en la rodilla izquierda.

Muslos distrofia. Abuelo distrofia. Madre y familia distrofia.

Pie izquierdo: 1 afectado. Pulso pedis presente. ++. No solvente.
Eraso impotencia

Pie derecho: ausencia de los pulpejos.

16/1/82. Al batirse noto gran alivio pero después reaparece el dolor a los 10'.

17/1/82. Sin cambios. He mejorado la rodilla.

- 18/1/82 Sin cambios

19/1/82. Quebrado inevitable solo 1^{er} y 2do dedos de pie (1).
Puedo caminar.

- 16/1/82
- Resistencia buena. (Desde hace siete años vive en la 1^a).
 - Agencia publicitaria.
 - (No expone al frío).

Historias clínicas de soldados que pasaron
por el hospital civil, siendo atendidos por los médicos argentinos.

Fuente: José Soria

... Luis Suárez.

R17.

Madre: opelido apical. arbolle.

fuera del plato.
Trabajo con PB 6 meses.
Trabajo con el Kerosene.

Fumo ~~100~~ x1 año: 1/2 por.

~~Trabajo~~ Presentó problemas en 3 inviernos.

- No Raynaud. El invierno pasado hizo instrucciones en terrillo pero no tuvo problemas (2 meses).

- Riesgo diabetes en la familia.

- Comienza hace 20 días. ~~Trabajo con PB 6 meses.~~ En

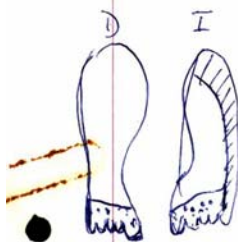
anestesia de 4 y 5^{to} dedo. $\approx$ 5 días anestesia de todo

el dedo. $\approx$ otros 5 días aparece edema que se manifestó

preferentemente en la noche al mejorar el color.

Edema permanente x 3 días. Parestesia concomitante al edema.

Dolor en dedos y planta de pie.



⊙ Anestesia

⊙ Hiperestesia.

Dolor

Dolor al tocar
edema. + +

Microcirculación buena.

Piel enrojecida hasta el tobillo y tono violáceo en los
pulpas.
Ed. foliación espontánea en dorso.

Historias clínicas de soldados que pasaron
por el hospital civil, siendo atendidos por los médicos argentinos.
Fuente: José Soria

[Redacted], Walter. le Plejosa (Cba) RI 25
 (Torino).
 madre De Petris (Piemonte). Trabajo rural
Trabajo en la madrugada
 1 abuelo diabético...
 Abuelo joven. + tío diabético.
 Refiere tener visiones con frecuencia.

Tuvo contacto con la lepra x 20 años. Lo toleró hasta que le cambiaron los horrores por 2 números + clicos base 2 semanas. Comenzó primero con parálisis en los momentos que se quedaba quieto. Después a los 2 días de cambiar aparece anestesia, previamente presente parálisis (2 días) en los momentos que estaba quieto. $\geq$ dos días aparece dolor. Aumentaba en los momentos en que aumentaba el calor. Parecía desde hace 3 días, 10 una semana del dolor.

Pie D:
 Anestesia dedo.
 Hiperestesia arco ant.
 Edema: +.
 Pulso pedio, presente.
 Pul pul:

Pie Izq:
 Anestesia mano + dedos.
 Hiperestesia
 Pulso pedio.
 No hiperestesia
 Edema +.
 Lesión ulcerosa en talón.
 Lesión ulcerada + hinchazón
 hinchazón en la Reg. isletois ext.

Historias clínicas de soldados que pasaron
 por el hospital civil, siendo atendidos por los médicos argentinos.
 Fuente: José Soria



**Los doctores Rojas, Lazar Vellico y Alison Bleaney
en plena cirugía en el quirófano del KEMH. El Dr. Zapirain,
de blanco, como anestésista.
Fuente: José Soria**



DR. ALISON ^{ANN} BLEANEY MB CHB ABERDEEN. 17/2/51.
 DR. MARY EMMSTONE MBBS BSC LONDON. 9/8/55.
~~MATRON~~
 SISTER VALERIE PENNET SRN SCM. (acting matron)
 SISTER BRONWEN WILLIAMS SRN SCM.
 SISTER KAREN TIMBERLAKE SRN SCM DNCA.
 MATRON (JACQUELINE GANT SRN SCM NDN RSCN)
 NURSES. ALICE ETHERIDGE
 DEBORAH BLEANEY.
 DAISY ROWLANDS. XENIA BARNES.
 MAUD MCKENZIE
 PAMELA SUMMERS.
 RHODA FELTON. } PART-TIME.
 CANDY BLAKEY. }
 LAB. TECHNICIAN. TEREJA M'GILL.
~~CLERK~~ CLERK. LAURENCE BUZZARD.
 HANDYMAN BRIAN PAUL.
 GARDENERS ARRY ALAZIA.
 ERNIE RIEVE.
 MAIDS. EVA ALAZIA.
 MARY-LOU HOBMAN.
 ANITA MUOZ.
 MALLY COUTTS.

COOKS. WINNIE MIRANDA.
 KEVA SMITH.
 DENTIST. ROBERT WATSON DS

Listado elaborado por el Dr. Rojas del personal local que se desempeñaba en el KEMH.
 Fuente: Oscar Rojas



**Imagen del hospital civil (KEMH)
durante el mes de junio cuando los combates terrestres se acercaban al pueblo.
Fuente: desconocida**

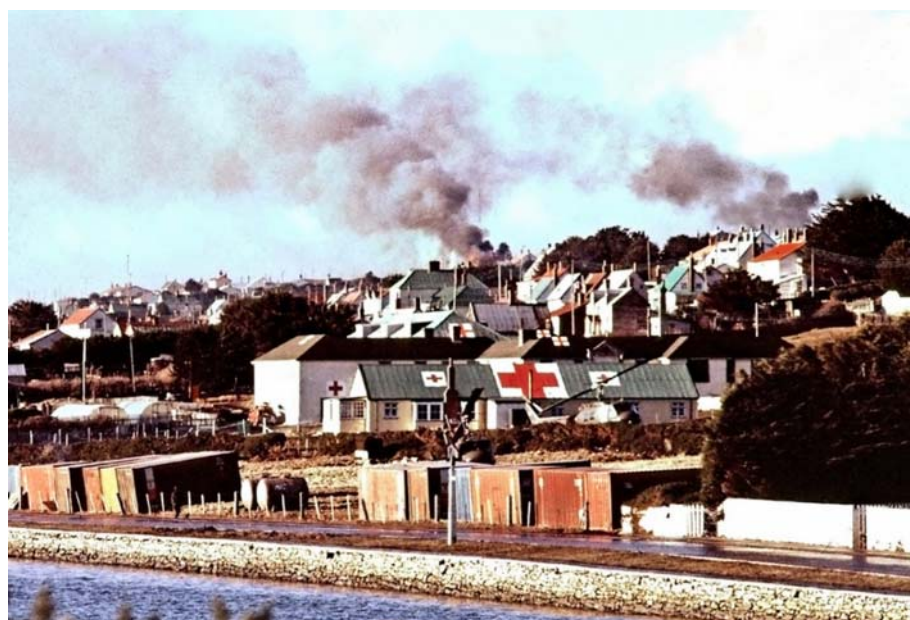


**Durante el combate final los ataques se intensificaron
sobre la misma localidad de Puerto Argentino.
La gobernación decidió la evacuación al continente de los médicos civiles.
Fuente: Eduardo Rotondo**





**Durante el combate final los ataques se intensificaron
sobre la misma localidad de Puerto Argentino.
La gobernación decidió la evacuación al continente de los médicos civiles.
Fuente: Eduardo Rotondo**





**El invierno presente sobre el KEMH ya en manos de la sanidad británica.
Fuente: desconocida**



GOBERNACIÓN MILITAR DE LAS ISLAS MALVINAS,
GEORGIA Y SANDWICH DEL SUR

Armada Argentina
Brigada de Infantería Naval

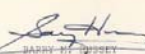
CERTIFICADO DE EVACUACION

----- Dada la situación personal del Doctor LAZZAR Mario y la actual situación militar imperante, autorizo al causante a embarcar en el A.R.A. "BAHIA PARAISO" para dirigirse de regreso al continente.-----

----- Se deja constancia que una vez solucionada la situación personal, de requerirse al Doctor LAZZAR regresaría a las Islas para retomar sus funciones.-----

----- Por la presente manifiesto que durante su estadía su labor ha sido incansable con máxima dedicación y patriotismo, demostrando siempre una real comprensión del problema y evidenciando una elevada capacidad profesional y sacrificio.-----

PUERTO ARGENTINO, 5 de Junio de 1982.-


BARRY MELBOURNE HUSSEY
Capitán de Navío
Secretario de Salud Pública

REPÚBLICA ARGENTINA
GOBERNACIÓN MILITAR DEL TERRITORIO DE LAS
ISLAS MALVINAS, GEORGIA Y SANDWICH DEL SUR

CERTIFICADO DE EVACUACION

--- Dada la situación militar imperante y según el actual cubrimiento del personal médico civil del Hospital Regional Civil por la presente autorizo al Doctor C. SORIA a embarcar en el primer medio aéreo disponible para dirigirse al continente.-

--- Por la presente dejo constancia de su amplia cooperación para con las autoridades militares durante su estadía en Puerto Argentino.-


BARRY MELBOURNE HUSSEY
Capitán de Navío
Secretario de Salud Pública

GOBERNACIÓN MILITAR DE LAS ISLAS MALVINAS,
GEORGIA Y SANDWICH DEL SUR

Armada Argentina
Brigada de Infantería Naval

CERTIFICADO DE EVACUACION

----- Dada la situación militar imperante, por la presente autorizo al Doctor ROJAS Oscar a embarcar en el para dirigirse al continente.-----

----- Por la presente dejo constancia de su amplia cooperación para con las autoridades militares durante su estadía en Puerto Argentino.-----

PUERTO ARGENTINO, 30 de Mayo de 1982.-


BARRY MELBOURNE HUSSEY
Capitán de Navío
Secretario de Salud Pública

Certificados de evacuación de los médicos civiles otorgados por el secretario de Salud Pública CN Barry Melbourne Hussey.
Fuente: Archivo de la Gobernación de Malvinas.



Ministerio de Bienestar Social

Secretaría de Estado de Salud Pública

PREVENCION:

CONGELAMIENTO

Comida adecuada y caliente por las calorías y el ~~intercambio~~ calor que se gana por intercambio.

Buena hidratación para evitar el aumento de la viscosidad sanguínea y la trombosis intracapilar.

Vitamina C y P P para mejorar el endotelio vascular y mantener una buena vasodilatación.

Ropa adecuada y seca.

El frío es 23 veces más activo en medio húmedo.

El alcohol es peligroso frente al frío porque produce gran pérdida de calor por vasodilatación cutánea masiva.

El tabaco favorece o empeora los congelamientos.

TRATAMIENTO:

Calor, el método más efectivo es sumergir el miembro afectado en agua caliente (que no queme el codo). No aproximar a fuentes de calor directa.

Bebidas calientes dulces.

Antisépticos locales: en grado 2 o 3 lo mejor es alcohol yodado.

Aplicación de pomadas con vasodilatadores y heparinoides: Lasonil y ~~em~~ hemeran. Fonalgon es útil si no contacta con ojos y cara.

Vendaje y abrigo con ropa seca.

Vasodilatadores, inyectables u oral. El mejor es el Ac. Nicotínico, pero los otros también pueden ser útiles.

Prevenir la infección con antibióticos y sulfamidas.

La anestesia troncular o simpática con xilocaína sin epinefrina da una excelente analgesia y buena vasodilatación.

Posición adecuada de la zona afectada.

Si hay gangrena seca, se recomienda tratamiento conservador y amputación tardía.

Si está en ambiente adecuado mantener los pies al aire.

Bos baños de sol pueden ser eficaces.

GRADOS:

Grado 1: Palidez, frialdad, anestesia, subcianosis, rigidez. Si cesa el frío se recupera el color de la piel y la temperatura. Al restablecerse la sensibilidad: se produce la sensación de miles de agujas e intenso dolor. No deja lesiones.

Grado 2: Se suma a lo anterior, intenso edema, ampollas de contenido cristalino a veces con fondo rojizo. Tratado adecuadamente la curación es total.

Grado 3: Intensa muerte celular, gran arterioespasmo, trombosis arterial y venosa, lesión de los troncos nerviosos, edema. Ampollas de contenido turbio. Tejidos color rojo, vinoso o azulado, que evolucionan al negro. Fuerte hiperhemia en la zona no afectada. Evolución: Gangrena seca o húmeda.

Pto.

Dr. OSCAR RICARDO ROJAS
MÉDICO
MAT. 48.724 - TEL. 52-5648

Dr. JOSÉ M. SORIA
MÉDICO
M. N. 46-165



ESTACIÓN CIENTÍFICA CORBETA URUGUAY

ISLA MORRELL – ISLAS SANDWICH DEL SUR

El aislado archipiélago constituido por once islas de origen volcánico ofrece un aspecto agreste y hostil, sin refugio para barcos y con costas prácticamente inaccesibles en su mayoría. Estos conos volcánicos que emergen de las aguas fueron descubiertos por James Cook en 1775 durante su periplo antártico a bordo del buque Resolution. Años después Bellingshausen completó el avistamiento del resto de las islas del archipiélago.

Muchos años más tarde, en el verano de 1955, la Armada Argentina instaló un refugio en la isla Morrell y así se constituyó el primer grupo de seres humanos que habitaron ese recóndito lugar austral, siendo el legendario rompehielos ARA Gral. San Martín quien transportó los materiales. Dentro de la misión asignada a los ocupantes, figuraba la de efectuar observaciones meteorológicas, glaciológicas y oceanográficas y, en particular, la instalación de una regla para la observación de las mareas y un abrigo meteorológico con el instrumental de observaciones. La construcción era precaria, básicamente de madera. Desde allí también se realizaron importantes emisiones radiales hacia el mundo. De las vivencias surgió una interesante historia acerca del “yeti de Thule”. Luego de un mes el guardiamarina Ricardo Hermelo junto a los dos civiles fueron evacuados de manera urgente debido a erupciones volcánicas en la vecina isla Blanco.

Pasaron dos décadas para hacer realidad el primer asentamiento estable. A partir de 1977 se instaló la Estación Científica Corbета Uruguay en Punta Hewison (Isla Morrell) en el grupo de las Thule del Sur. Ubicada a veinticinco metros sobre el nivel del mar, esta moderna construcción estaba especialmente diseñada para operar en condiciones extremas. Provista de equipamiento de radio sondeo de temperaturas, de presión atmosférica, de velocidades y dirección de los vientos, y de observación de radiación solar, se la destinó a realizar investigaciones científicas en meteorología, oceanografía y glaciología.

Dr. CARLOS COURT LUCERO

A mediados del año 1980, mientras realizaba el CUCOPRO (curso de complementación profesional) en el Hospital Naval Puerto Belgrano, se solicitaron dos voluntarios para cubrir las plazas de oficial médico en las bases antárticas de la Armada Argentina: el Destacamento Naval Orcadas y la Estación Científica Corbeta Uruguay. El TFME Don Miguel Guardia y yo nos ofrecimos como voluntarios. Tuve un tiempo para capacitarme en especialidades ajenas a la mía (cirugía, traumatología, odontología, esterilización, y otros) en el HNPM ya que debería resolver cualquier eventualidad sanitaria. Allí me practicaron una apendicectomía profiláctica. Luego, realizamos un curso de adaptación y supervivencia en la nieve en la Escuela de Instrucción Andina del Ejército Argentino de Bariloche. Finalmente, en el Servicio de Hidrografía Naval en Buenos Aires tomé contacto con el futuro jefe de base y parte del personal subalterno, como así también me familiaricé con los bártulos por embarcar. La omisión u olvido de algún elemento imprescindible sería lamentado posteriormente ya que el aprovisionamiento no era posible.

El conocimiento que tenía de la Estación Científica Corbeta Uruguay era muy escaso. Lamentablemente, esta misión tenía carácter “secreto”, lo que me dificultó obtener la información adecuada. Pero la bibliografía apareció y ciertas nociones básicas de geografía, historia antártica naval, fauna y flora tanto austral como antártica y supervivencia, me ayudaron a tomar conocimiento en el continente y luego en la lejana y pequeña isla volcánica austral a fin de contestarme las preguntas que me hacía: a dónde iba, en dónde estaba situada la base, cómo planificaría la actividad sanitaria y personal, qué podría hacer en mi tiempo libre y, si fuese posible, cómo impartir charlas acerca de temas útiles para el personal de la dotación, (las que se podrían realizar durante el largo invierno).

Llegó la fecha señalada: martes 11 de noviembre de 1980. Ya situado en el rompehielos ARA Almirante Irizar, me despedí de mis seres queridos, mis padres — mi madre con lágrimas en los ojos era reconfortada con palabras de afecto de mi padre y del camarada de promoción el TFME Don Miguel Guardia Clemenceau, oficial médico de la dotación de internada entrante en el Destacamento Naval Orcadas —.

Embarqué en el nuevísimo y flamante rompehielos amarrado en el puerto de la ciudad de Buenos Aires y zarpamos rumbo a las Islas Sándwich del Sur. El jueves 20 de noviembre, el buque se encontraba navegando en las aguas de la bahía Ferguson, al sureste de la isla Morrell y junto con los helicóp-

teros Bell 212 H-84 y H-87 de la FAA comenzaron las maniobras de desembarco de toda la dotación entrante.

El mal tiempo fue moneda corriente durante los casi siete días que duraron las tareas de aprovisionamiento llevadas a cabo por los vuelos de los helicópteros. Las cargas en los chiringuillos constaban de cuantiosos materiales para la construcción del hangar y para las tareas de mantenimiento de las casas de la base, de repuestos para los vehículos, de bidones con combustibles, y de enseres y víveres para la alimentación de verano e invierno. Aún aprovechando las muchas horas de luz al día, el trabajo fue muy duro debido a las malísimas condiciones del tiempo.

El rompehielos nos dejó el 27 de noviembre. La estación científica estaba situada a unos veinticinco metros sobre el nivel del mar y la mayoría de las construcciones, emplazadas en línea recta, paralelas a la costa acantilada del golfo Caldera. Constaba de un galpón depósito, en donde se guardaban las herramientas, los vehículos y demás elementos de trabajo, todo bien arranchado aunque, debido a no tener una total estanqueidad, el hielo y la nieve que se filtraba afectaban y causaban desperfectos. Las casillas de meteorología 1 y 2 disponían de un radio sondeo con tanque de almacenamiento de hidrógeno. En la primera, se realizaba el control de los datos meteorológicos diarios de temperaturas, vientos, nieve y agua de lluvia, distribuido en tres turnos desde las seis de la mañana hasta las nueve de la noche. En la segunda, era en donde se llenaban los globos para las radio sondas que se enviaban al espacio todos los días del año a las nueve de la mañana.

La casa principal (o vulgarmente conocida como “el cañoducto”), estaba formada por tres módulos, separados por dos patios. El módulo situado al este comprendía la enfermería-sanidad, el gabinete de fotocinematografía, el almacén de víveres secos, elementos de limpieza, repuestos, recambios de uniformes y ropa interior. En el patio entre el módulo del este y el central estaba situada la caseta de radiotelecomunicaciones y estafeta postal, sitio en donde podíamos comunicarnos con nuestros familiares mediante Radio Pacheco y también radioaficionados, recibir tanto noticias de la Patria y del mundo (mediante los teletipos) como comunicaciones oficiales, y realizar las tareas filatélicas. En el módulo central, lugar de encuentro, estaban el comedor general, el salón de estar, la cocina, los camarotes para los integrantes de la dotación y los baños. En el módulo oeste, se ubicaba el cuarto de los generadores, muy necesarios para la energía eléctrica. Un pasillo en el exterior comunicaba con la casilla del derretidor de

hielo-nieve y con la casa que servía tanto de emergencia como para albergar oficiales (allí vivían el jefe de base, el médico naval, el oficial jefe del Batallón de Construcciones, y el jefe de la División Destacamentos Navales, durante sus estancias en el verano). Por último, albergaba la cámara frigorífica situada junto a la casa de emergencia.

A varios metros de distancia se situaban la caseta de inflamables, luego la casa de la desalinizadora, la torre de toma de agua de mar junto al acantilado y, más alejado aún, la plataforma de depósito de combustibles con los contenedores de caucho negro del gasoil antártico.

Detrás de las construcciones estaban los elementos de muestreo meteorológicos, las antenas de radiotelecomunicaciones y el mástil con el pabellón argentino, que siempre estuvo ondeando durante nuestra permanencia.

En la isla se hallaban emplazadas varias balizas ciegas y una luminosa en la punta Hewison. En la zona de unión entre la península y la ladera del monte Larsen, se encontraba, y se encuentra hoy, el refugio Teniente Esquivel que habitó el TN Hermelo en 1955.

En el verano del 80 al 81, el personal del Batallón de Construcciones realizó numerosos trabajos de mantenimiento, saneamiento, electricidad y limpieza exterior e interior en las distintas casas de la base. Se dedicaron muchas horas de esfuerzo y de trabajo, casi de sol a sol, aprovechando las largas horas de luz del verano austral.

Durante ese tiempo, fue difícil organizar los ranchos para todos, por lo reducido de la cocina y del comedor. Lo mismo sucedía con respecto al aseo, pero debido a la buena predisposición, camaradería, y la labor de los encargados, nunca surgió ningún problema; al contrario siempre reinó un buen ambiente.

En la casilla del derretidor se producía agua para consumo humano utilizando restos de glaciares que se recolectaban en la playa del golfo Caldera, en la de la bahía Ferguson o la nieve recogida en la ladera este del monte Larsen o en las cercanías a la base durante el invierno. Esto era posible cuando en la península no había aves ni mamíferos, elementos altamente contaminantes. La nieve o el hielo se trasladaban en los vehículos y se derretían en la caldera; luego se potabilizaba siguiendo las indicaciones o instrucciones correspondientes. Nunca faltó agua, y no hubo complicaciones médicas relacionadas con su consumo.

En diciembre y enero se produjeron sendos movimientos sísmicos con registros de intensidad seis en la escala de Mercalli. En el primer evento me encontraba junto al jefe de la base realizando un relevamiento de la isla a lo largo de un sector habitado por numerosos y ruidosos ejemplares de pingüinos de Barbijo y Adelia. Segundos anteriores al suceso se produjo un repentino silencio generalizado, una sensación de mareo, e inmediatamente el estruendo por la caída brusca de grandes bloques desprendidos del glaciar situado en la costa sur de la isla. Además, percibimos vapores sulfurosos que emanaban de la superficie mientras transitábamos el regreso. Ya en la base, el único desperfecto de importancia fue la avería en los paneles de la cámara frigorífica, que posteriormente fue reparada. En las casas y casetas sólo se encontraron cajas o estanterías caídas, sin daños físicos ni personales.

La enfermería-sanidad era una sala pequeña, junto al cuarto oscuro de foto-cinematografía, en donde se podían relevar las placas radiográficas. La enfermería estaba equipada con vitrinas, biblioteca médica básica, medicamentos variados y numerosos, mesa de cirugía, instrumental quirúrgico y odontológico elementales, negatoscopio y un equipo portátil de rayos X. Verifiqué el buen funcionamiento de este último con un ejemplar de pingüino, con el resultado previsto y en la radiografía pude ver el esqueleto del ave. También contábamos con botiquines de primeros auxilios, elementos de calefacción, tan necesarios para una correcta habitabilidad. Por suerte para mí y para todos, nunca padecimos ningún caso de lesión ni trauma, ni afección digestiva o psicológica, seguramente debido a la juventud y al buen estado físico y mental de todo el personal.

El Sr. Sosa, un veterano en años con solera antártica (había invernado en las bases Esperanza, Primavera y Gral. Belgrano) estaba dotado de buen humor, era un trabajador incansable y siempre dispuesto tanto a echar una mano en cualquier actividad como a compartir sus conocimientos meteorológicos con todos los integrantes de la dotación. Así también, fue el primer comensal en probar los platos cocinados y preparados con carnes de lobos marinos, pingüinos y huevos de pingüinos, dentro de las pruebas de supervivencia realizadas previendo una hipotética falta de alimentos.

Mis tareas se centraron en los controles de la salud del personal: peso corporal, frecuencia cardíaca y tensión arterial, periódicamente realizados en forma mensual. A su vez, realizaba algún que otro tratamiento de lastimaduras o heridas muy leves, de constipados y repartía vitaminas cuando se acabaron las verduras y frutas frescas. La alimentación preparada por el cocinero fue siempre variada y adecuada para la intensa actividad física. Durante los días fes-

tivos y los fines de semana, los platos eran especiales. Y un buen y caliente chocolate con medialunas en todos los desayunos patrios. Festejamos cada uno de los cumpleaños y las fiestas de fin de año deseando para todos los de allí y los de allá lejos, en el continente, los mejores deseos de felicidad, salud y paz. Teníamos un televisor color en el comedor y con los numerosos casetes que había en la base y que trajimos con grabaciones de programas deportivos, series televisivas, conciertos, y otros, organicé una programación con jornadas de distracción en los momentos de descanso, habitualmente después del rancho del mediodía y de la cena. También hubo partidas de fútbol y juegos de cartas para dar rienda suelta a la mente y hacer más llevadera la permanencia, aunque es justo que diga que el personal estaba muy adaptado debido a sus años en la Marina. Otra actividad fue la de impartir charlas sobre cómo actuar en caso de accidentes y otras, con carácter voluntario, sobre la temática antártica. Había un órgano en el que algunos aventurábamos nuestros primeros acordes, al comienzo para disgusto de los sufridos oyentes. Pero fue una experiencia positiva.

Mi actividad extra-médica incluyó conocer la población nativa, de la cual los pingüinos resultaba ser la más numerosa. Las variedades de barbijo y Adelia u ojo blanco eran los más representativos, seguidos por los papúas o de vincha, y muy pocos ejemplares de Macaroni o de frente dorada. Solo observamos un ejemplar joven de emperador. Las crías fueron muy numerosas en el primer verano de las cuales sobrevivieron muchísimas hasta llegar a adultos. No sucedió lo mismo en el verano del 81 al 82 debido a las muy malas condiciones del tiempo, especialmente por las intensas nevadas que cubrían enteramente a los ejemplares que empollaban sus huevos y por los efectos dañinos que los violentos vientos producían cuando barrían la superficie de la península. Los skúas realizaban la tarea de limpieza o carroña, no dejaban pasar la oportunidad de robar huevos o polluelos. Gaviotas, petreles dameros, de Wilson, de las nieves, petreles gigantes oscuros y comunes nos acompañaron durante los meses de primavera-verano. Los lobos marinos de dos pelos con sus llamativos ladridos y poca sociabilidad eran los más numerosos, seguidos de elefantes marinos, algunas focas de Weddell, y las focas leopardos que nadaban cercanas a la costa buscando ejemplares de pingüinos para su alimentación. También se los podía observar durmiendo en la playa del golfo Caldera. A fines del verano y comienzo del otoño abandonaban la isla, para regresar a mediados de la siguiente primavera.

Con respecto a la flora, en el verano se podían ver redondeados y coloridos musgos y numerosos líquenes, especialmente en las áreas de nidificación de los pingüinos y en los lados dirigidos al noreste de las rocas.

El 12 de enero de 1981 arribó el rompehielos Almirante Irizar y nos visitó el comandante conjunto antártico. Durante esas horas de reconocimiento sobrevoló la isla un helicóptero del HMS Endurance del Reino Unido que en ningún momento se identificó ni se comunicó con los nuestros. Se podía ver una filmadora que grababa nuestros movimientos y dependencias. El 28 de febrero de 1981 arribó el transporte ARA Bahía Aguirre y en uno de los vuelos del helicóptero Alouette 3-H-105 vino de visita del Sr. Don Humberto Brumatti, representante invitado del Correo Argentino para interiorizarse del funcionamiento de nuestra oficina radio-postal a cargo del cabo H. I. Lazarte. Durante esa jornada se realizaron vuelos de reabastecimiento y desembarco, y embarque de personal junto con tareas de sondeo en el golfo Caldera. No tuvimos ninguna vista extranjera, ni avistamos buques cerca de las costas, ni ballenas, sólo los numerosos bandejones de pack en la mar, solitarios témpanos navegantes y varados; también soportamos fuertes vientos, nevadas y lluvias.

El domingo 22 de marzo conmemoramos el cuarto aniversario de la inauguración de la base con un almuerzo en la casa de oficiales. Utilizando rudimentarias artes de pesca pude atrapar ejemplares de notothenias, situadas en el acantilado. El fruto de esas horas de pesca fue hábilmente elaborado por nuestro cocinero, alias “el pingüino”, y degustadas con deleite y muestras de entusiasmo por la dotación.

A principios del mes de abril todo el personal del Batallón de Construcciones embarcó en el rompehielos Irizar de regreso al continente, y a partir de esa fecha comenzó la invernada de la cuarta dotación, la cual estaba a mi cargo. Posteriormente se entronizó en la entrada de la casa principal una réplica de la figura de la Virgen de Luján, que fue donada por los vecinos de Villa del Parque de Buenos Aires.

Se organizaron grupos para caminatas de reconocimientos de la península, nunca individuos solos, en horarios posteriores al trabajo, en el descanso o en los fines de semana o festivos. Se sacrificaron algunos ejemplares de lobos marinos y pingüinos para verificar el contenido estomacal conocer su alimentación básica, y luego para pruebas de consumo humano de supervivencia. Algunos restos óseos viajaron al continente al final de la invernada.

El 7 de junio, el avión Hércules C-130 T-70 de la Fuerza Aérea sobrevoló la isla y arrojó varias sacas de correspondencia, lo que dio lugar al “primer lanzamiento”. Se matasellaron algunos sobres como recuerdo del acontecimiento, que alegró esa jornada muy ventosa, fría y gris. También, se efectuaron numerosos contactos con radioaficionados de la Argentina, bases antárticas, y

del mundo, ya que la tarjeta QSL de la LU3ZY era muy apreciada y buscada.

En los días de buena visibilidad (los menos) mirando hacia el noreste, se podía ver en el horizonte la isla Blanco (Bristol Island) que en las fechas del sismo presentaba fumarolas en una de sus cumbres más elevadas. De la isla Cook nos separaba el golfo Caldera, y entre el estrecho San Lesmes y la punta Hewison de la península Corbeta Uruguay, está la roca Twitcher, casi siempre libre de nieves.

Habitualmente el panorama en el invierno presentaba un cielo cubierto por nubes muy bajas y las aguas cubiertas de un blanco pack, bandejones o escombros de bandejones, daban una coloración blanco grisácea que enfatizaba la monotonía cromática. Fuertes vientos y ráfagas que bajaban del monte Larsen barrían toda la península y separaban el pack que cubría las aguas alrededor de la isla. Como tareas glaciológicas, en agosto y en septiembre fue posible caminar sobre el golfo Caldera debido a la gruesa capa congelada que cubría sus aguas y contemplar la navegación de restos de témpanos desde el sur con rumbo norte. También se divisaban témpanos tubulares varados en la bahía Ferguson cerca de la costa sur. La temperatura mínima fue de veintisiete grados bajo cero y se registró en el mes de julio de 1981.

A mediados del mes de septiembre, el golfo Caldera y la bahía Ferguson estaban totalmente cubiertos con pack. Caminando sobre el mar congelado en el golfo Caldera pudimos observar el acantilado de la costa y una impresionante vista general de la base. El 21 de septiembre, un hermosísimo día, junto con un grupo de la dotación al mando del jefe de base y con el equipo necesario realizamos una excursión de reconocimiento hasta donde se encuentra una baliza ciega. Tuvimos mucha suerte ya que de regreso se produjo un cambio brusco del tiempo y nos sorprendió una fortísima nevada. Llegamos con mucho frío a la casa principal para degustar un sabroso chocolate caliente acompañado de unos riquísimos churros.

Festejamos las fiestas de fin de año del 81, esta vez solamente los diez integrantes de la dotación, y felicitamos al personal subalterno que ascendió en sus grados. Esperábamos tener noticias del próximo relevo y regreso con las familias. El año se había hecho muy largo.

Eso sucedió en la mañana del 9 de enero del 82. El rompehielos Almirante Irizar llegó y se mantuvo gareteando en el golfo Caldera mientras con los vuelos de los helicópteros Puma AE-503 y AE-504 del Ejército Argentino se realizaban los reabastecimientos y el desembarque de la dotación entrante. El 10 de enero, finalmente, embarcó la dotación saliente, la nuestra, y zarpamos el

día 11 con rumbo sur hacia la base Gral. Belgrano II-III, penetrando en el Mar de Weddell.

Llevamos a la base una placa de bronce con los datos de todos los integrantes de la dotación de permanencia año 1981 para dejar una constancia de nuestro paso por ese destino antártico, en el que tuvimos la suerte, el orgullo y el reconocimiento de haber trabajado y haber hecho efectiva la soberanía argentina en esta tierra insular lejana de nuestra querida patria.

CNME VGM CARLOS ARTURO GROSSO

Ese 10 de enero tomé el cargo del destino sanitario en la base científica. Sabiendo las circunstancias de aislamiento que dicha plaza me reservaba me capacité previamente en odontología, una especialidad no cubierta en la base.

En viaje hacia el Atlántico Sur, el buque Almirante Irizar llegó a las islas Georgias y desembarcó personal en Stromness y Leith; posteriormente continuó su viaje hacia las Islas Sandwich. Al llegar asumió como nuevo jefe de la base Corbeta Uruguay el teniente de corbeta Peralta Martínez para la invernada del año 82. Su dotación contaría con nueve personas.

Como se venía haciendo, la provisión de agua se obtenía a partir de la nieve recién caída ya que la sedimentada se hallaba muy contaminada con las deposiciones de la fauna local, especialmente de los pingüinos. Este hielo-nieve se licuaba en un depósito especial y luego se utilizaba para lavar o para el baño. El agua potable había sido traída del continente. Durante ese período ocurrieron dos sucesos clínicos que se pudieron resolver exitosamente: un pequeño traumatismo y un accidente buco-dental.

Pero de pronto nos sorprendieron los sucesos que se desencadenarían muy rápidamente.

Las negociaciones diplomáticas habían fracasado y los eventos bélicos comenzaron. Durante todo el conflicto se escuchaban las noticias por radio incluso las de las bases británicas.

El 14 de junio, cuando ocurrió el cese de hostilidades en las Islas Malvinas se recibió un mensaje desde la jefatura advirtiendo que si las fuerzas británicas intimaban el desalojo, este debía rechazarse invocando el derecho argentino de soberanía sobre las islas.

Efectivamente, las fuerzas británicas preparaban la captura del lugar, utilizando el nombre de Operación Keyhole, con una pequeña flota y fuerzas entrenadas en el hielo. No tenían información precisa de cuántos argentinos había en el lugar. Los diferentes informes consignaban entre cuarenta y ciento cincuenta argentinos que podrían presentar batalla.

El 19 de junio se observaba el sobrevuelo de helicópteros y el personal de la base decidió la destrucción del material científico, claves y documentación. Los motores se inutilizaron agregando azúcar en el recipiente del combustible.

Se recibió un ultimátum con amenazas de un bombardeo naval intenso y por respuesta se envió: "...ustedes se encuentran navegando aguas argentinas y esta base se encuentra desarrollando tareas científicas...". Las fuerzas británicas desembarcaron helitransportadas sobre la ladera del monte Larsen y comenzaron la aproximación hacia la base científica. Los buques adoptaron una disposición de bombardeo inminente.

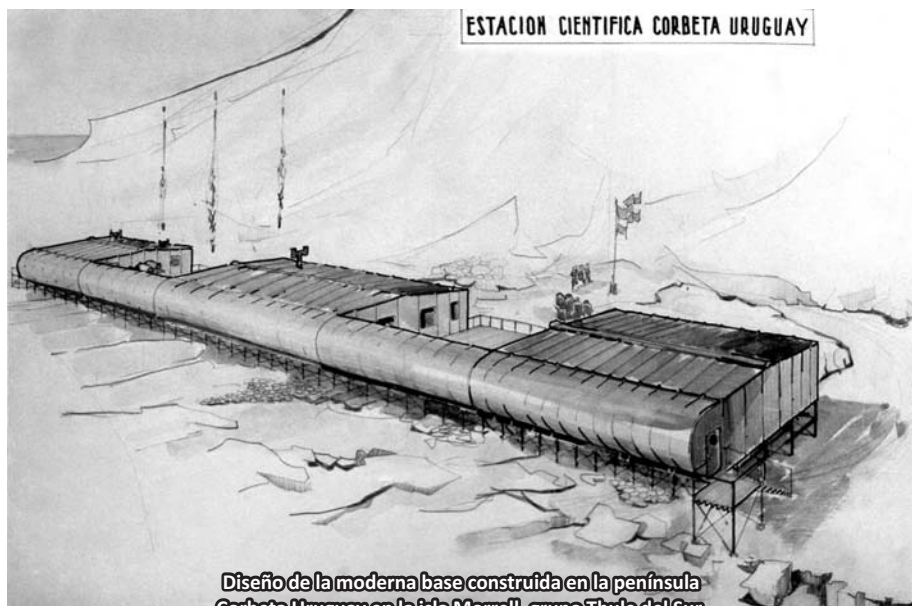
Seguramente observaron un denso humo negro producto de la destrucción del material y quizás fue interpretado como un acto de guerra. Un grupo de tiradores británicos abrió fuego sobre las instalaciones y una ráfaga de proyectiles impactó en la enfermería. La dotación decidió salir agitando una sábana blanca y a partir de ese momento resultamos prisioneros.

Fuimos trasladados en un principio al buque de transporte Olmeda, luego al Endurance, posteriormente al Salvageman y por último, a la altura de Leith (islas Georgias), a la fragata Yarmouth.

El 23 de junio llegamos a Puerto Argentino y fuimos alojados en una casa del pueblo junto a otros prisioneros que aún permanecían en las islas. Continué ejerciendo mi responsabilidad médica para con mi gente y recibí apoyo del director británico del hospital local. Incluso se me proveyó de un vehículo con chofer para disponer según mi conveniencia. Solicité medicamentos habituales como antibióticos, pastillas de carbón y analgésicos para atender las urgencias clínicas.

Finalmente el 14 de julio regresamos al continente a bordo del buque St. Edmund junto al resto de los prisioneros que quedaban en las islas.

Al retirarse los británicos de Corbeta Uruguay llevando a los prisioneros, quedaron los edificios abandonados. En diciembre arribó un barco científico británico y al inspeccionar la base abandonada encontró ondeando la bandera argentina en el mástil donde se había dejado la Union Jack. Para evitar cualquier intento de reinstalación argentina en febrero enviaron dos buques



ESTACION CIENTIFICA CORBETA URUGUAY

**Diseño de la moderna base construida en la península
Corbeta Uruguay en la isla Morrell, grupo Thule del Sur.
Fuente: Humberto Brumatti**



**La base permanente Corbeta Uruguay
se adecuó a la realización de investigaciones científicas,
principalmente en meteorología, oceanografía y glaciología.
Fuente: Humberto Brumatti**



Las tareas a cargo de los ingenieros de la Armada comenzaron el 7 de noviembre de 1976 y concluyeron con la inauguración oficial el 18 de marzo del año siguiente.

Fuente: Humberto Brumatti



Vista desde el sudeste de la base científica con el monte Larsen (710 m) al fondo y el golfo Caldera a la derecha.

Fuente: Humberto Brumatti



Vista general de la península Corbeta Uruguay, la roca Twitcher y el golfo Caldera. La base científica vista desde una de las laderas del monte Larsen (1981)
Fuente: Carlos Court Lucero



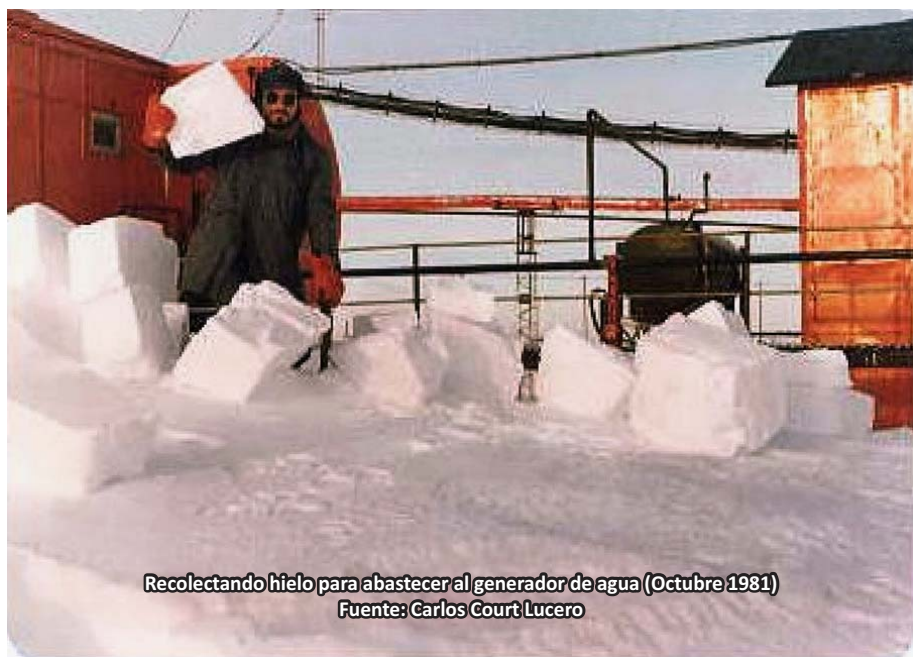
Recepción en tierra del TF Carlos Court Lucero (sin chaleco salvavidas) al Sr. Humberto Brumatti, representante de Correos.
Fuente: Humberto Brumatti



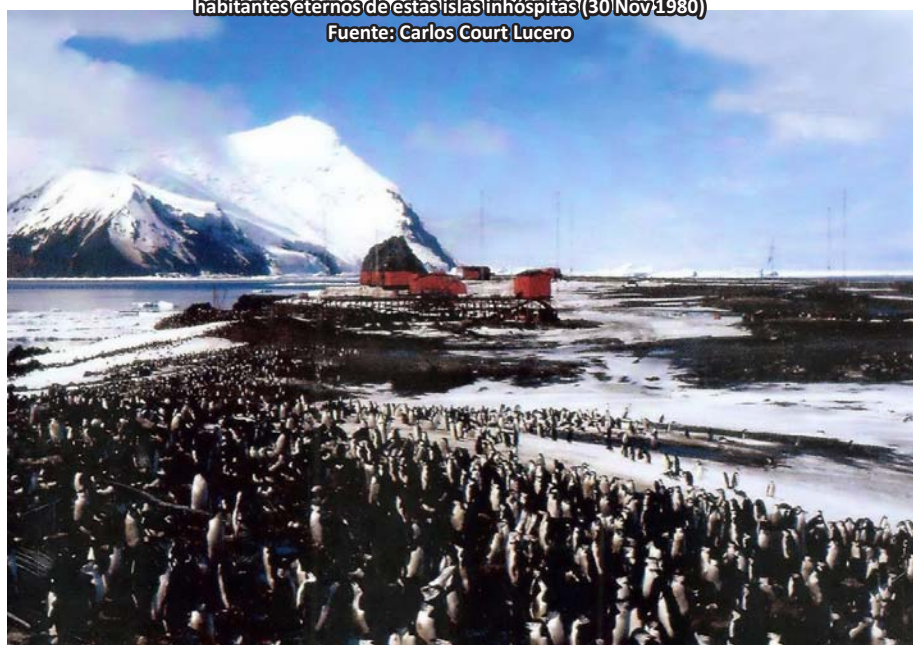
**Humberto Brumatti junto al refugio "Teniente Esquivel"
que fuera la primera ocupación efectiva humana de las Sandwich del Sur (1955).
Fuente: Humberto Brumatti**



**Vista completa de las instalaciones sobreelevadas
de la ECCU desde el golfo Caldera congelado.
Fuente: Carlos Court Lucero**



Recolectando hielo para abastecer al generador de agua (Octubre 1981)
Fuente: Carlos Court Lucero



Numerosa colonia de pingüinos junto a la ECCU,
habitantes eternos de estas islas inhóspitas (30 Nov 1980)
Fuente: Carlos Court Lucero



Sanidad casa principal modulo Este.
Fuente: Carlos Court Lucero





Vista desde el sudeste de la base científica argentina
con el monte Larsen (710 m) al fondo y el golfo Caldera a la derecha.
Fuente: Carlos Court Lucero



Mástil de la ECCU donde flameó el Pabellón Nacional desde 1976 hasta 1982.
De izq. a der.: TFAQ José Luis Repetto, TC Carlos Alberto Pereyra (Jefe de la base)
y TFME Carlos Court Lucero (22 FEB 81)
Fuente: Carlos Court Lucero



A la izquierda TFME Carlos Grosso, luego el TC Peralta Martínez (el Pollo)
junto al resto de la última dotación que ocupó la ECCU.
Fuente: Carlos Grosso



19 de junio de 1982.
Fuente: desconocida

Anécdotas

Allan Steen, un niño kelper

Recuerdo lo mismo que la mayoría cuando se trata de los primeros días de abril en el pueblo: los anuncios completos realizados por Sir Rex Hunt por radio sobre los eventos que se avecinaban y el despertar por la mañana temprano debido a los sonidos de combates y pequeñas armas de fuego. Lo recuerdo, en medio de todo ese caos, como un hermoso día con cielo azul sentado con mi mamá en el patio delantero de casa observando la intensa actividad aérea. También tengo presente cuando un fotógrafo me retrató mirando por la ventana hacia John St.; yo siempre pensé que había conseguido una de esas imágenes atemporales que cuentan la historia.

No tengo en mi memoria la escena en que abandonaba el pueblo cuando trasladaron a todos los niños hacia el campo. En mi caso nos dirigimos al establecimiento Brookfield; nunca supe quién orquestó esa decisión pero toda mi familia estaba allí. Me acuerdo de un bunker que hicimos cercano al galpón de esquila. Tenía un piso de piel de oveja queapestaba a algo horrible cuando se mojaba. También recuerdo una carrera a pie desde Green Patch a Brookfield (¿o era al revés?) que sin duda parecía mucho más largo a lo que en realidad es. Durante todo el tiempo debíamos ser cautelosos; no se nos permitía mencionar nombres a nadie fuera del clan Brookfield.

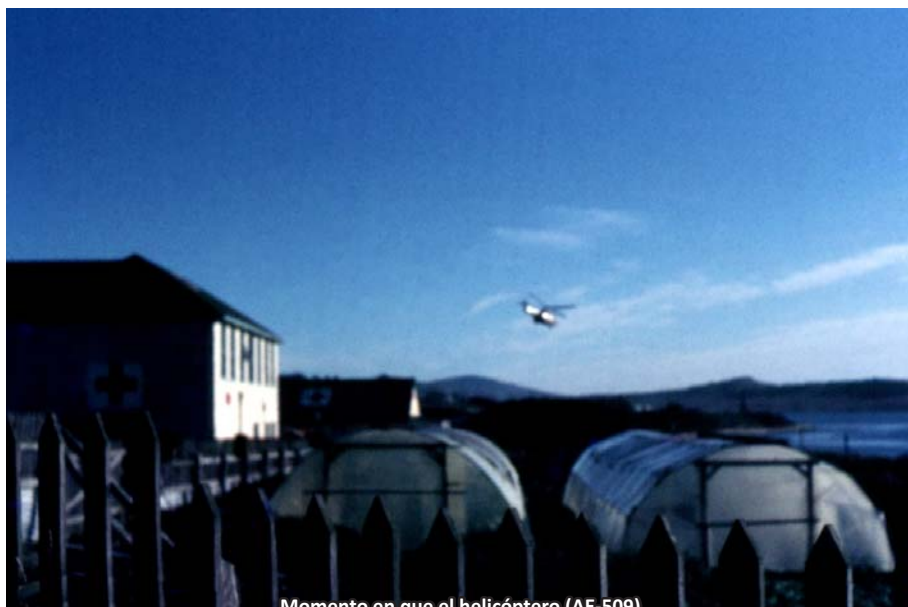
A finales de mayo empecé a sentirme un poco enfermo y esa sensación empeoraba progresivamente. Creo que el verme tirado en el suelo en agonía convenció a mi mamá de que se trataba de algo muy grave. Luego de una conversación con la Dra. Alison Bleaney se reveló el diagnóstico: apendicitis. Al poco tiempo un helicóptero sanitario argentino llegó al establecimiento a recogerme junto a mi madre. Abordo venía el Dr. Oscar Rojas y el viaje hacia el hospital del pueblo lo hicimos bajo ataque de los Harriers. Esto último me lo ha confirmado mucha gente.

Recuerdo que volamos muy bajo hacia el norte de las montañas de Long Island, por encima de la cresta detrás de la granja Murrell; y luego, a través de Gypsy Cove, arribamos al pueblo. Llegamos a lo que inicialmente iba a ser el nuevo edificio del albergue escolar — a mi parecer un hospital de campaña argentino — en el extremo este de la pista de carreras. Después de una orden del Dr. Rojas nos fuimos hacia el campo de fútbol y desde allí en camilla directamente a la sala de operaciones del KEMH.

Recuerdo la noche de internación particularmente complicada por los bombardeos, y también por ver a un joven soldado argentino con pie de trinchera: no fue un espectáculo agradable.

El Dr. Rojas me dio un pequeño autobús rojo como regalo antes de dejar el hospital un 3 de junio y nos alivió diciendo que todo iba a salir bien. Luego pasamos nuestros días junto a la familia Harris en la calle Fitzroy. Eran, sin duda, los días y las noches más largos que recuerdo, con poco que hacer durante el día y mucho de no poder dormir por la noche.

Me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. Oscar Rojas, por los pequeños milagros que él ayudó a alcanzar ese día. Tenemos mucho que agradecerles a él y a su equipo médico a causa de sus acciones al igual que a los pilotos de los helicópteros. Fue un esfuerzo conjunto que cruzó muchas fronteras y mostró que los profesionales de diferentes naciones pueden entenderse aun en medio de una guerra.



**Momento en que el helicóptero (AE-509)
sale en búsqueda del niño enfermo en plena alerta roja.**

Fuente: José Soria



**El Dr. Zapirain, del HMC, aplicando la anestesia mientras
el Dr. Rojas observa durante el comienzo de la intervención quirúrgica.
Fuente: José Soria**

El Bravo Uno y la Ciruela Roja

El 10 de febrero del 1982, llegando al puerto de Ushuaia a bordo del barco Columbus de la línea C, observé dos buques polares anclados juntos: el Bahía Paraíso y el Almirante Irizar; se encontraban participando de la Campaña Antártica 81-82. El destino ya los había elegido como actores de una historia que se estaba gestando.

Durante los días finales de marzo y los primeros de abril, el ARA Bahía Paraíso estuvo navegando las aguas de las islas Georgias del Sur conjuntamente con el rompehielos británico HMS Endurance. No se cruzaron, no se vieron, pero sabían de su existencia el uno del otro en esos mares. El Endurance llevó a los Royal Marines a Grytviken, mientras el Bahía Paraíso fue enviado a Puerto Leith a fin de evitar el desalojo de los obreros argentinos. La guerra ya estaba instalada, y ambos buques polares eran los protagonistas de las acciones navales en el Atlántico Sur, persiguiéndose y escondiéndose alrededor de las islas Georgias durante varios días hasta perder contacto. Pero nunca estuvieron frente a frente durante el conflicto.

¿Qué hubiera pasado si ambos buques se encontraban?

El tiempo transcurrió y durante la Campaña Antártica 89-90 sucedió un hecho largamente postergado por el destino. A mediados de enero de 1989, el Bahía Paraíso llegó a Bahía Balleneros en la isla Decepción, lugar antártico donde había funcionado una factoría ballenera noruega en las primeras décadas del siglo veinte. La tripulación consistía en personal en tránsito a las bases antárticas (científico, logístico, militar) y casi cien turistas. En ese lugar existe una intensa actividad geotérmica debido a que Decepción es el cráter de un volcán y el agua es tan caliente que permite el baño.

Un gran amigo, Walter Mac Cormack, actualmente un científico de nivel internacional, con el cual participo en un proyecto de biorremediación de suelos contaminados con hidrocarburos, tuvo la fortuna de presenciar un acontecimiento histórico. El Endurance (A171) y el Bahía Paraíso (B1) se encontraron cara a cara ese día en la Bahía de Decepción. Los dos transportes polares se hallaban en circunstancias diferentes de las de 1982; aunque tampoco hubo contacto, eran épocas todavía demasiado sensibles por el recuerdo cercano de la guerra.

Desgraciadamente, el Bahía Paraíso se hundió el 28 de enero de ese año frente a la base norteamericana Palmer.



Los buques polares Bahía Paraíso y Almirante Irizar en el puerto de Ushuaia en febrero de 1982 durante la Campaña Antártica de verano.

Fuente: Alfredo Lo Balbo



Los buques polares Bahía Paraíso y Endurance durante su encuentro en Bahía Balleneros (isla Decepción) en enero de 1989.

Fuente: Walter Mac Cormack

Juan Vázquez (GOE-FAA) - “Drupi”

Luego del cese de fuego, por pertenecer a las fuerzas especiales, nos embarcaron en un Chinook y nos llevaron hasta el frigorífico de San Carlos. De inmediato supe que nos esperaban largos días como prisioneros de guerra. Nos preocupaba, por sobre todo, no poder comunicarnos a nuestras familias que estábamos vivos. Después de mucho meditar surgió una idea: una “eventualidad médica” que permitiera evacuar un “enfermo” al continente quien operaría de contacto con nuestros seres queridos. Entre nosotros se encontraba un soldado médico de la infantería de marina quien nos sugirió una patología poco conocida por los británicos y la candidata fue el mal de Chagas. Ahora necesitábamos al “enfermo”. Con un mazo de cartas lo echamos a la suerte y quien recibiera un rey sería el candidato.

El “enfermo” resulté yo y me puse a las órdenes de este médico quien me enseñó los signos, síntomas y terapéutica de esta patología. Durante dos días mis compañeros se turnaban para mantenerme despierto mediante juegos de naipes a fin de generar el “aspecto de enfermo”. El médico cómplice me “atendió” en varias oportunidades por palpitaciones durante las noches, según anotaba en el libro de novedades. Al día siguiente un capitán inglés me hizo llamar y me acompañó hasta un puesto sanitario con médicos de ambos países, que analizaban caso por caso y tomaban decisiones. Un mayor del EA me interrogó sobre mis padecimientos, se los transmitió a los colegas británicos y posteriormente me permitieron reintegrarme con mis compañeros. Sospechamos que el plan había fracasado.

Cerca del mediodía volvió a aparecer el capitán inglés y me dijo que preparara mis cosas pues me iba. Muy grande fue mi sorpresa; junté mis cosas, me despedí rápidamente de mis compañeros y lo acompañé mientras me comentaba que me enviaban al hospital de Puerto Argentino. Abordamos un helicóptero y de pasada buscamos a un paracaidista por algún lugar que no sabían. Cerca del estrecho de San Carlos aprovisionaron combustible desde tanques flotantes y continuamos la marcha. Llegando a Puerto Argentino apareció una gran cantidad de buques de todo tipo, muchos con sus hierros retorcidos y signos de incendio, producto de las incursiones de nuestra Fuerza Aérea. Habiendo aterrizado en la cancha de fútbol nos dirigimos al hospital. Al entrar me indicaron que esperara sentado en un pasillo. En ese momento empecé a dudar de mi suerte: me encontraba rodeado de ingleses con caras de pocos amigos. Luego de un tiempo interminable me indicaron que ingresara a la oficina de un ma-

yor médico británico. Este, a medida que leía mis notas médicas, hacía gestos de disgusto o de incomprensión con el rostro. Entonces levantó la vista y me preguntó algo en inglés que no entendí; una enfermera uruguaya que se encontraba por ahí ofició de traductora. El médico seguía sin comprender cómo podía padecer mal de Chagas. De inmediato, consultó un libro acerca de este mal y comenzó a indagarme sobre mis síntomas.

—Tengo hinchazón de ambos ojos—contesté según me enseñó el gale-
no de infantería de marina en el frigorífico.

El inglés me mostró una imagen del libro con un niño con los ojos hin-
chados y a continuación quiso saber en qué provincia había vivido

—En la provincia del Chaco—respondí según el libreto; un lugar en el
que nunca había estado.

Para mi sorpresa, el médico me mostró un mapa con la distribución
geográfica de esa patología y Chaco era el lugar más riesgoso. Todo iba de diez.
Acto seguido consultó qué medicación tomaba y me indicó un electrocardio-
grama, una placa de tórax y un análisis de sangre. A su vez, hizo una receta ma-
nuscrita y me pidió que, cuando regresara al continente, se la presentara a mi
médico personal. En ella detallaba los resultados de los exámenes que me ha-
bían realizado y la medicación suministrada. Más tarde me dieron alojamiento
y lo primero que hice fue darme un baño, un lujo no disponible en el campo de
prisioneros. Posteriormente, me trasladaron a una casa de dos plantas junto a
otros prisioneros pero en Puerto Argentino. Periódicamente venía gente de
Cruz Roja para ver cómo estábamos.

Sin embargo, nunca pude llegar al continente y llevar a los familiares
las noticias de nuestro grupo. Me reencontré con ellos cuando subí al buque St
Edmund que nos llevó al continente el 14 de julio. Así termina esta historia y
luego comienza otra historia, otra realidad, quizás, más dura...

OUT-PATIENT CASE SHEET

Name of Patient OR Juan Vázquez (AAF) POW 530 Age 26 yr.

25/1/62

Patient said to have Chagas disease diagnosed in Mexico
Hospital in B.A. in March 1952. Was given therapy which ran
out after 10/52 when he was sent to Falklands.

First episode of palpitations and dizziness occurred just
after going to army. Was aged 20 yrs. Only 2-3 episodes
of this before and after left army when he had 2
more episodes of 4-5 min duration.

Was given therapy in B.A. in March.

No problems at the moment

79 Muscles, dirty soldier
HCA.

P. 68 bpm

SB 120/80

HR 250ms. Exercise produced
no dysrhythmia

JVP Nil

Reflex 0

Examination good L & R

PM normal

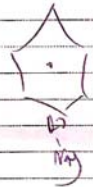
BS normal

lymph. Cervical

axillary

lymph. } 0 = 0

Trachea ↓



K & L } not felt.

No masses / tenderness or discomfort.

PE not done

Clinical impression: He may or may not have had dysrhythmia
last night but if so it is paroxysmal

Chk for — Nil

ECG — Normal Trace

PR is 0.12 s ? significant

Opinion: No evidence of active disease on clinical,
ECG & histological grounds

**Historia clínica de Juan Vázquez (POW 530) con los resultados
analíticos y recomendaciones médicas realizados en el hospital de Puerto Argentino.
Fuente: Juan Vázquez**

El desastre del hospital

Durante el crepúsculo del jueves 10 de abril de 1984 las llamas destruyeron gran parte del hospital King Edward VII Memorial de Puerto Argentino: ocho personas murieron y al menos otras tres resultaron severamente heridas. Sólo quedó en pie el área de concreto (ala Churchill) que pudo resistir a las llamas, pero no evitar las muertes que allí ocurrieron a causa del humo y la ausencia de salidas de emergencia.

El KEMH y el hospital militar británico eran efectivamente uno solo: compartían las facilidades del antiguo edificio de madera de 1914 y el ala de material de 1953. Gran parte del primero era utilizado como geriátrico.

El sistema sanitario colapsó por varios días debido a las pérdidas materiales. Los casos de emergencia y tratamientos de rutina pudieron ser llevados a cabo, aunque hubo complicaciones por escasez de insumos y elementos sanitarios que no pudieron ser repuestos inmediatamente. Se instaló un hospital de campaña en el Town Hall y se solicitaron vuelos logísticos urgentes para cubrir elementos prioritarios como el banco de sangre.

Las llamas debieron haberse iniciado en algún lugar del área antigua y a los pocos minutos se descontroló totalmente. Un humo denso y venenoso inundó los corredores y llegó a las salas del área más moderna a una velocidad asombrosa.

Los gritos pidiendo auxilio despertaron a los internados que se vieron abruptamente inmersos en una escena infernal donde manos desesperadas intentaban abrir ventanas para huir de la densa nube que iba cubriendo todo rápidamente. Gran parte de los que se salvaron lo hicieron saltando a cinco metros del suelo pero muchos otros encontraron las ventanas cerradas y no fueron suficientemente afortunados para escapar.

Esa noche no había doctores en el hospital, solo dos enfermeras nocturnas que activaron las alarmas y comenzaron a evacuar a los pacientes. Una de ellas fue vista ayudando afanosamente a los ancianos; más tarde, entre los escombros, apareció su cuerpo ya sin vida. En el ala original de madera se encontraba el párroco católico monseñor Daniel Spraggon, quien fue salvado milagrosamente con un respirador mecánico que traía un bombero cuando observó que el anciano cura apenas respiraba. Si bien los bomberos habían llegado muy rápido, la colaboración de la RAF con equipos especiales evitó un desastre aún mayor.

El comisionado civil Rex Hunt anunció la formación de un grupo de investigación para indagar en las circunstancias que rodearon la tragedia. Pero debido a la magnitud del desastre un equipo legal altamente calificado fue enviado desde Gran Bretaña.

Durante los años posteriores hubo solo conjeturas. Algunos argumentaban acerca de la falta de medidas de prevención por parte del gobierno local. Otros culpaban al ya obsoleto cableado eléctrico. Algún argentino recordó cierta reparación casera del sistema eléctrico del hospital ya que no podían prescindir de él especialmente en el quirófano. Incluso numerosas personas fueron a atestiguar al juicio llevado a cabo en Gran Bretaña. ¿Pero qué fue lo que realmente ocurrió? Hubo que esperar varios años para descubrir la verdadera causa.

Las conclusiones del juicio que finalizó en 1991 fueron que un integrante del Royal Army Medical Corps comenzó el fuego durante una noche de guardia pues planeaba accionar la alarma y tomar el rol de héroe. Asumió que el fuego se contendría en sí mismo cuando alcanzara el ala militar de concreto. Pero no midió que el viento y la antigua estructura de madera actuarían en contra de sus planes para engendrar la tragedia y la muerte. El tribunal develó sus antecedentes: incendiar barracas militares y el pequeño hospital de Little Aston. Los peritos descubrieron además el uso de un acelerador de la combustión como solvente de pinturas.

Actualmente, un moderno edificio se construyó en el mismo lugar y con el mismo nombre: King Edward VII Memorial Hospital. El antiguo hospital civil, testigo directo de la guerra de 1982, que tantas vidas salvó y que fue el lugar de convalecencia de muchos de nuestros compatriotas, dejó de existir en 1984 por un acto de estupidez.



Antigua área de madera del hospital King Edward VII Memorial denominada "ala Windsor" construida luego de la Primera Guerra Mundial.
Fuente: Leona Roberts (FIMNTI)



Reconstrucción del hospital luego del incendio que consumió totalmente la antigua estructura de madera.
Fuente: desconocida

La ventana indiscreta

Durante el turno nocturno del 1 de abril la inquietud y la zozobra penetraron en el hospital King Edward Memorial. El personal recuerda que el Dr. Haines, máxima autoridad sanitaria, comenzó a actuar extrañamente. Ordenó que trajeran del ático un montón de camillas de la época de la segunda guerra mundial que se encontraban allí amontonadas y las ubicaran en lugares estratégicos de las salas. Entonces anunció:

—Ahora debemos esperar las noticias de las ocho.

La radio local pregonaba el avance de una flota de navíos argentinos que navegaba con rumbo a las islas. Luego de estas inquietantes novedades algunos volvieron a sus casas y permanecieron atentos a los acontecimientos. Los relatos de Patrick Watts a través de la radio sobre lo que sucedía eran seguidos por todos. La Operación Rosario se estaba ejecutando según lo planeado. La demostración de superioridad numérica forzó las decisiones del gobernador colonial, Rex Hunt, quien se vio obligado a negociar un cese del fuego.

Con la ayuda del vicecomodoro Gilbert, quien había vivido algunos años en las islas como representante de LADE y le merecía su confianza, el gobernador se contactó con el comandante argentino. Se improvisó una bandera blanca de parlamento utilizando un paraguas y una funda de almohada, y así marcharon el secretario Dick Baker y Gilbert, en busca de los jefes argentinos.

La ventana del KEMH observaba como un ojo indiscreto sobre la costanera Ross Road el apresurado andar del vicecomodoro Gilbert y de Dick Baker junto al almirante Büsser y sus colaboradores hacia la casa de la gobernación donde se encontraba Rex Hunt, además de varios argentinos heridos severamente. La rendición era un hecho y los argentinos recuperaban las islas en forma incruenta en esa mañana del 2 de abril de 1982.

En la mañana del 14 de junio la Dra. Alison Bleaney se encontraba junto al transmisor portátil que aún conservaba el KEMH cuando escuchó un mensaje en inglés y en español de las fuerzas británicas que solicitaba con urgencia dialogar con las autoridades argentinas. El capitán de navío Melbourne Hussey fue informado de inmediato debido al temor de que la batalla se extendiera al pueblo mismo. También fue notificado el comodoro Bloomer Reeve y la situación fue evaluada junto al gobernador Mario Menéndez y sus colaboradores.

Inútil seguir derramando más sangre cuando los hechos se habían vuelto irreversibles inclinando con su peso la balanza a favor de los ingleses.

La nueva comunicación con los británicos no se hizo esperar y quedó establecida una inminente reunión entre representantes de ambos bandos a las dos de la tarde. El helicóptero arribó a la cancha de fútbol. Allí los esperaba la representación argentina y juntos se dirigieron hacia la casa de gobierno cruzando el hospital.

Y, nuevamente, la ventana espió y vio a lo lejos las siluetas de unos hombres que marchaban con premura: eran el comodoro Bloomer Reeve y el capitán de navío Melbourne Hussey, argentinos, y los británicos coronel Michael Rose, el capitán Rod Bell y un cabo radio operador que cargaba un pesado equipo. Los alcanzaban finalmente los periodistas ingleses Max Hastings y Gary Livermore.

Como las huellas que horadaron el suelo malvinense en esos días, así el 2 de abril y el 14 de junio quedaron grabados en sus cristales; la ventana indiscreta del KEMH fue testigo de sendas rendiciones.



Gilbert, Baker, Büsser, Roscoe y Monnereau
rumbo a la casa del gobernador en la mañana del 2 de abril de 1982.

Fuente: desconocida



Bloomer Reeve, Melbourne Husse, Rose, Bell y un cabo radio operador,
mas atrás Hastings y Livermore, el 14 de junio de 1982.
Fuente: Alison Bleaney

Abreviaturas

BAS:	Grupo británico de investigaciones antárticas
BCCU:	Base Científica Corbeta Uruguay
BHBP:	buque hospital Bahía Paraíso
BHAI:	buque hospital Almirante Irizar
BNPB:	Base naval Puerto Belgrano
CESACO:	Central de sanidad de combate
CUCOPRO:	curso de complementación profesional
CIMM:	Centro Interfuerzas militar Malvinas
CF:	Capitán de fragata
CN:	Capitán de navío
CRI:	Cruz Roja Internacional
DNA:	Dirección Nacional del Antártico
ECCU:	Estación Científica Corbeta Uruguay
ESRO:	Organización de investigaciones espaciales europea
KEMH:	King Edward Memorial Hospital (Hospital local)
FAA:	Fuerza Aérea Argentina
FIC:	Falklands Islands Company
HMC:	Hospital militar conjunto
HMCR:	Hospital Militar Comodoro Rivadavia
HNPB:	Hospital Naval Puerto Belgrano
HNPM:	Hospital Naval Pedro Mayo
HNUS:	Hospital Naval Ushuaia

HNRS: Hospital Naval Río Santiago

IWM: Imperial War Museum (Museo de guerra imperial)

ME: Médico

MOD: Ministry of Defense (Ministerio de defensa inglés)

ONU: Organización de las Naciones Unidas

PUSO: Puesto de socorro

RAF: Royal Air Force (Fuerza Aérea Real)

TF: Teniente de fragata

TN: Teniente de navío

TOAS: Teatro de Operaciones del Atlántico Sur

VHF: Muy alta frecuencia

VGM: Veterano de la Guerra de Malvinas

