

Efectos del ambiente táctico-operacional durante la Guerra de Malvinas: bajas relacionadas y no relacionadas al Combate (02 Abr 82/ 14 Jun 82)

AUTOR/ES - C.V.:

GB Roberto Ariel Agüero. Oficial de Ingenieros (CMN, 1986). Oficial de Estado Mayor del Ejército Argentino y de la República Oriental del Uruguay. Licenciado en Estrategia y Organización. Magister en Estrategia y Geopolítica, Magister en Políticas Públicas y Magister Universitario en Políticas Públicas de Seguridad y Defensa. Profesor Universitario. Investigador categoría B UNDEF. Doctorando en Ciencias Políticas, UCA.
Correo electrónico: robertoaguero@hotmail.com

Prof. Esp. Paula Andrea Baruja. Enfermera Universitaria (CMN, 2000). Licenciada en Enfermería (UNTREF). Profesora universitaria (UMSA) y Profesora para la Educación Media y Superior de la Conducción Militar (ESG). Docente de la Licenciatura en Enfermería CMN. Investigadora clase C, UNDEF. Especialista en Defensa Civil y Apoyo a la población (ESG). Diplomada en gestión estratégica (MSAL, Bs As). Miembro del Comité Docencia e Investigación y Mentora en al HIGA Eva Perón de San Martín.
Correo electrónico: barujapaula@gmail.com

CR I (R) VGM Eduardo Luis DOVAL. Oficial de Estado Mayor del Ejército Argentino y Brasileiro. Licenciado en Estrategia y Organización. Especialista en Conducción y Gestión Estratégica. Profesor Universitario. Se desempeñó como Subdirector del CMN y hasta el 2018 fue Director de la Especialización en Conducción Superior de Organizaciones Militares Terrestres de la ESG.
Correo electrónico: duardoluisdoval@gmail.com.

Resumen:

El siguiente artículo propone brindar información relacionada a aquellas bajas producidas por efectos del ambiente operacional y la situación táctica particular en el que se desarrolló la Guerra de Malvinas.

La mirada está puesta especialmente en aquellas heridas, enfermedades y lesiones que antecedieron al combate y que ameritan no solo un análisis epidemiológico y/o médico, sino un examen integral considerando la multiplicidad de factores individuales y organizacionales que produjeron su aparición e implicaron un cambio en la respuesta de los elementos de sanidad y de la conducción ante las mismas.

Palabras Claves: Guerra de Malvinas – Guerra de Atlántico Sur - Bajas – Sanidad Militar-ambiente operacional

Introducción:

En el año 2015, el Gobierno Nacional procedió a desclasificar los archivos producidos durante y con posterioridad a la Guerra de Malvinas. Este hecho permitió acceder a información de lo acontecido en el conflicto –a partir de fuentes primarias y secundarias-

que había sido vedada a los investigadores por tres décadas. A partir de estos datos se logra conocer en profundidad el evento histórico para poder comenzar a construir una nueva memoria colectiva de la Guerra.

En el marco del proyecto de investigación “La capacidad resolutive de los Puestos de Socorro durante la Guerra de Malvinas” -llevado a cabo desde el año 2019 por docentes pertenecientes al Colegio Militar de la Nación, la Escuela Superior de Guerra y con la participación de los Subtenientes Licenciados en Enfermería de la Promoción 149- se realizó un relevamiento minucioso de los documentos pertenecientes al Ejército Argentino, resguardados en su Archivo Histórico, de lo que se obtuvo una gran cantidad de información: esta dio como resultado el informe final presentado durante 2020 en la Universidad Nacional de la Defensa.

El siguiente artículo se desprende de los datos no incluidos en el informe los cuales, aunque no publicados, ameritan su difusión con el objetivo de continuar la tarea *malvinizadora* propuesta por el equipo de investigación centrado en el desempeño de la Sanidad Militar. En esta ocasión nos referiremos a las bajas producidas durante el período que comprende la conformación del Teatro de Operaciones Malvinas (TOM) hasta la finalización del conflicto, desde la descripción enmarcada en la casuística, la dispersión temporal y su relación con aspectos coyunturales del ambiente operacional.

Desarrollo

Despliegue de la Sanidad de Ejército durante la Guerra de Malvinas

El día 2 de abril de 1982, se produce la recuperación de las Islas Malvinas luego de concretarse con éxito la Operación Rosario. Como parte de esta, se movilizan elementos pertenecientes a la Brigada de Infantería Mecanizada IX con asiento en Comodoro Rivadavia. A partir de ese evento, se produce la ocupación y defensa del territorio recuperado: fue reforzado el dispositivo defensivo con diferentes componentes de las Brigadas III y X el que, a finales del mes de abril, sumaría un total de 10.001 hombres desplegados en las islas Soledad y Gran Malvina.

Tanto en TOM como en el TOAS, el apoyo de Sanidad, se mantuvo dentro de las previsiones reglamentarias, pero con las adaptaciones necesarias al ambiente operacional y la geografía insular. Al ser demasiado cortas las distancias entre la primera línea de combate y la retaguardia (la mayor distancia era de 17,8 km entre Monte Kent y la localidad de Puerto Argentino), no fue necesario desplegar todas las instalaciones previstas. En este sentido, las Grandes Unidades de Combate (GUC) no instalaron sus Puestos Principales de Socorro (PPS) y la opción fue la concentración de los recursos (humanos y materiales) en una sola instalación: el Centro Interfuerzas Médico de Malvinas (CIMM), que funcionaba a la vez como PPS y Hospital Quirúrgico Móvil.

La sanidad británica optó por un diagrama similar al instalar un hospital en la localidad de Ajax Bay y un PPS en Teallnlet al norte de la Isla Soledad. Solamente la Br I III instaló un PPS con medios de la Ca San 3 y el refuerzo de la Sec. San/RI 5, en Puerto Howard, debido a que la unidad se encontraba aislada en la isla Gran Malvina. Al ser un TO insular, no puede distinguirse como en los teatros continentales la división entre Zona de Combate y Zona de Comunicaciones, en la cual dos buques hospital, el ARA Irizar y el ARA Bahía Paraíso, desempeñaron funciones de Hospital de Evacuación y de transporte de heridos. En el continente, en la Zona del Interior, funcionaban los Hospitales de Campaña: el Hospital Militar Comodoro Rivadavia y el Hospital Reubicable de la FAA, mientras que

los Hospitales Militares Central, Campo de Mayo y Bahía Blanca, se constituyeron desde un primer momento como Hospitales Generales. (Informe Final, pág. 35). El Hospital Regional de Comodoro Rivadavia fue considerado como Hospital Alojamiento, mientras que los Hospitales Alvear de YPF (quemados), ASTRA y de Diadema (Infecciosos), por su alta especificidad, fueron incluidos en el diagrama de Sanidad del TO.

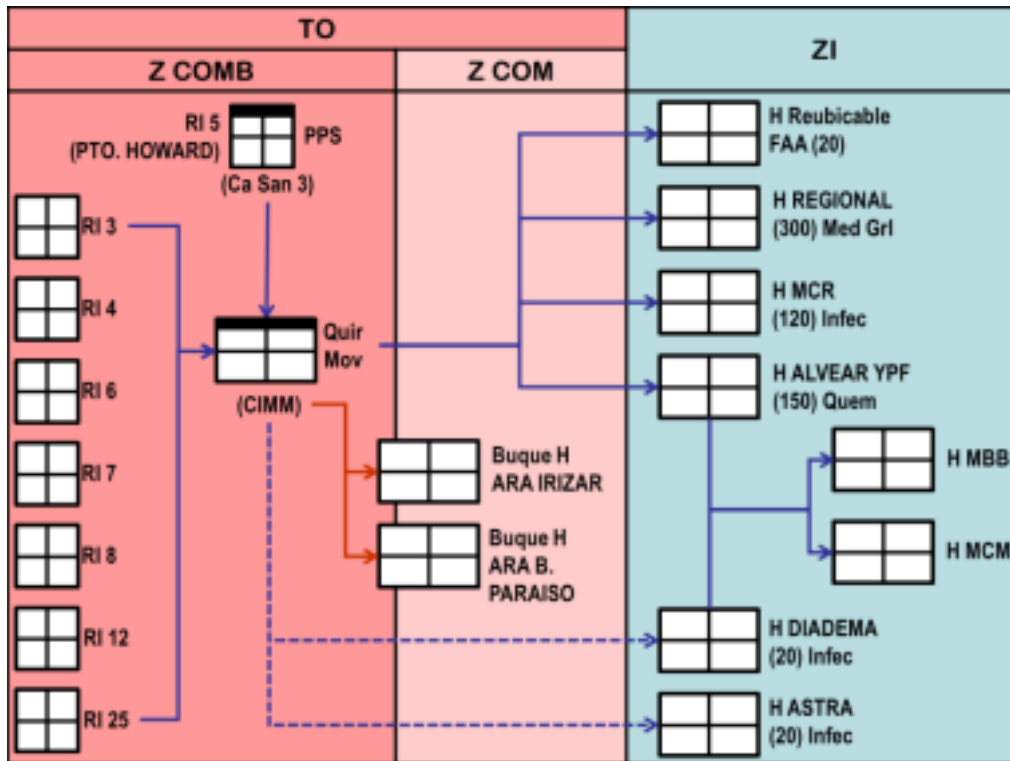


Diagrama esquemático del servicio de Sanidad de las Fuerzas Terrestres en el TOAS (fuente: Informe Oficial). Elaboración propia Informe de investigación “La capacidad resolutive de los Puestos de Socorro durante la Guerra de Malvinas”

Características del Ambiente Operacional

El arma más importante de los ejércitos a través de la historia ha sido y será el componente humano: el soldado. Por lo tanto, todo aquello que lo rodea durante el hecho bélico debe considerarse de manera ineludible y detallada para comprender los factores incidentes en el rendimiento físico, mental y moral del hombre en combate.

El ambiente operacional en que se desarrolló la guerra tuvo características particulares que nos facilitan comprender la casuística de las bajas, su dispersión temporal; ésta, conjuntamente con la evolución de la situación táctica y las particularidades de las tropas movilizadas, debe comprenderse para concluir aspectos relacionados al desempeño de los elementos de sanidad en todos los niveles organizacionales.

Además de la ubicación geográfica, es interesante considerar también el tiempo estacional en que se desarrollaron las acciones. Las Islas Malvinas presentan particularidades que influyeron directamente en el soldado. Entre ellas se pueden mencionar:

- Humedad del 80%
- Temperaturas diurnas de 6 °C / 8 °C
- Temperaturas nocturnas de -10°C
- Vientos constantes de hasta 100 Km/h
- Nevadas y lluvias persistentes
- Ocho a nueve horas de luz solar por jornada
- Alta permeabilidad del terreno (húmedo e inconsistente)
- Inexistencia de vegetación arbórea
- Agua potable escasa
- Pedregullo abundante (hielo)
- Alturas dominantes con amplios espacios sin cubierta
- Escasez de recursos naturales

A partir de esta breve enumeración, puede ponderarse lo adverso no solo del clima sino del terreno y de las características del biosoma en cual los efectivos del Ejército Argentino debieron desarrollar las acciones para la defensa del territorio recuperado. Esto último, sumado la táctica de defensa estática que se prolongó hasta los primeros combates (12 de mayo 1982) sumó al cuerpo físico y mental una exigencia agregada a la del desgaste previsto.

Frente a esta situación, los elementos de sanidad de las unidades (Puestos de Socorro) respondieron rápida y adecuadamente a través de las adaptaciones realizadas por el personal perteneciente a los mismos, pues se establecieron tempranamente medidas y acciones tendientes a prevenir y mitigar el deterioro observado en sus camaradas.

Heridas de Guerra

La primera dificultad con la que el equipo de investigación se encontró fue la dificultad para determinar reglamentariamente lo considerado baja relacionada y no relacionada al combate, situación que queda plasmada en los registros de personal realizados en las postrimerías inmediatas a la guerra. Por lo tanto, se considera para el análisis la clasificación que surge de los registros de los médicos de unidades y del Hospital Quirúrgico Móvil (CIIMM). De dichos documentos surgen tres tipologías:

- Herido
- Enfermo
- Óbito

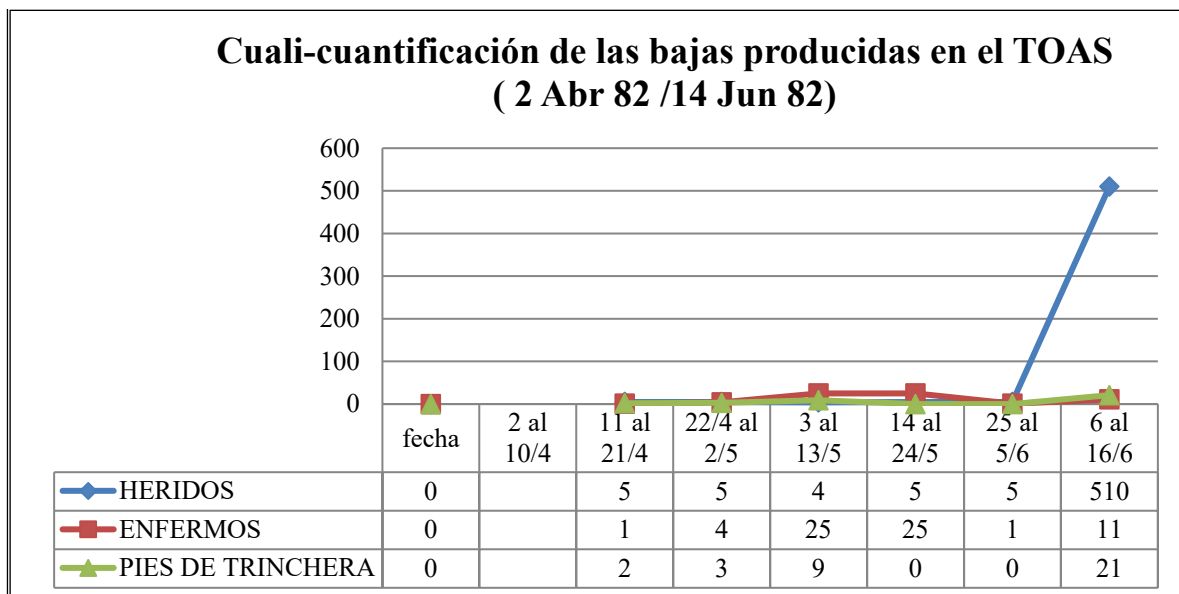
Esta clasificación es oportuna a fin de simplificar la definición de las Bajas No Producidas en Combate: esta misma clasificación es la empleada por el Informe de la Comisión Evaluadora de Malvinas (Informe Calvi) y brinda una operatividad objetiva para el registro de las bajas, dado que el comienzo de la demanda de acciones de tratamiento (evacuaciones desde el PS al CIIMM) estuvo caracterizado por la presentación de lesiones conocidas como “pie de trinchera”. El dilema de si esta lesión era relacionada al combate o no, se resolvió considerando la operación de defensa en la que se encontraban los elementos de Ejército desplegados en el territorio.

En los registros oficiales de los momentos previos al 1 de mayo de 1982, es categorizada otro tipo de baja que suscitó tratamiento: el descenso de peso, que en muchos casos

devino en desnutrición grave o caquexia¹. Esta situación se agrava a medida que el bloqueo aero-naval inglés se concreta e impide progresivamente el abastecimiento de efectos clase I por parte de la logística prevista por el Ejército Argentino. Dicho accionar complica aún más la situación en aquellas unidades emplazadas en puntos distantes a Puerto Argentino, especialmente en la isla Gran Malvina, donde además las características del ambiente operacional descritas como adversas (la falta de recursos naturales, como por ejemplo la leña y el agua potable) llegan a ocasionar intoxicaciones alimenticias e hídricas, lo que produce sintomatologías gastrointestinales que complican el déficit calórico de los soldados argentinos.

En el informe Rattenbach, el Mayor Enrique Ceballos (Jefe del CIMM) se refiere a las siguientes bajas:

“Hicimos la evaluación desde el 15 de abril que entró el primer “pie de trinchera” (...) del quince de abril al quince de mayo entraron unos diez “pie de trinchera” o una cantidad equis (...) entre el 15 de mayo y el 30 de mayo entró el doble, cosa que era razonable, porque aumentaba el tiempo, la exposición al frío, etc. y nos pareció razonable; pero en la última semana habrán entrado a lo mejor sesenta, de los ciento setenta y tres pies de trinchera que atendí. (...). Y la desnutrición fue mucho menor, uno o dos el primer mes, y después empezó la semana siguiente con cinco, la otra semana con siete, hasta juntar catorce”²



El siguiente gráfico es el resultante de las bajas registradas con fecha en la caja número 46 carpeta 13: allí se observó que tan solo el 50% de las bajas fueron constatadas en las planillas de recepción y evacuación generadas por personal. Elaborado por el equipo de

¹La caquexia comporta una pérdida importante y progresiva de masa muscular, y en menor medida, de masa grasa. La caquexia puede presentarse antes de que se manifieste la pérdida de peso. Es consecuencia de una disminución en la ingesta de alimentos asociada a un incremento, en general, del gasto energético y a una serie de alteraciones metabólicas

² Informe Rattenbach. Declaración del MY Mariano Enrique Ceballos. 1982

investigadores del informe “La capacidad resolutive de los PS durante la Guerra de Malvinas”.

La situación de los Puestos de Socorro de las Unidades desplegadas en ambas islas era aún más grave con respecto a la situación del deterioro del personal por la exposición prolongada al clima hostil y a la imposibilidad no solo de relevo, sino también de abastecimiento de alimentos e insumos básicos (incluidos los efectos de sanidad).

Las medidas dispuestas por el personal de la sanidad militar en las unidades y llevadas a cabo tempranamente, como control y curva de peso de la tropa, medidas higiénico-dietéticas con respecto al uso del agua, ropa y los alimentos, establecimiento de centros de recuperación física (para el personal con descenso del índice de masa corporal (IMC) constatado en los controles), pudieron menguar en gran medida el impacto de la situación.

Concretamente, los cuadros de desnutrición grave (caquexia) ocurrieron, en mayor cantidad, en las unidades que se encontraban geográficamente sin contacto con la Isla Gran Malvina, donde se produjeron dos fallecimientos constatados y un número elevado (que no se ha podido constatar documentalmente) de evacuados, el 5 de junio, por esta causa. Aquí es imperioso recordar que la Gran Malvina (RI8, RI5, CaIng9, CaSan3 (-)) resistió el bloqueo absoluto a partir del 27 de abril.

El bloque absoluto implicó que la autonomía de treinta días establecida reglamentariamente de los Puestos de Socorro, los cuales ya estaban excedidos para la unidades de las Brigada IX y que el rápido e incompleto desplazamiento del Puesto Principal de Socorro (CaSan3) proveniente de la Brigada III, impidió totalmente el tratamiento terapéutico del personal no solo afectado por estas patologías, sino también al herido en combate.

Los partes de sanidad pertenecientes al RI8³ evidencian los pedidos reiterados a diario por parte del TP Med Olivé, no solo de recurso humano sino también de material, ya que los insumos básicos, tales como catéteres para canalizaciones venosas, soluciones de fluidoterapia y fármacos básicos, se agotaban en su totalidad.

Heridas auto infligidas

Las heridas auto infligidas, es decir aquellas que son provocadas por el mismo sujeto lesionado con la intención de no causar daños mayores en su cuerpo, tampoco la muerte, son utilizadas como una acción evasiva ante una situación estresante; las heridas de bala auto infligidas han sido registradas por todos los servicios de sanidad del mundo sin excepción de ninguna guerra.

Si bien es considerado un acto deshonoroso y de cobardía, la existencia de este tipo de heridas manifiesta una multiplicidad de factores a analizar que abarcan desde conceptos culturales individuales y/o colectivos del valor, honor, espíritu de cuerpo y hasta de Patria; como también factores psico-evolutivos, interrelaciones humanas establecidas, comunicación y disciplina, entre otros. Estas características convierten a este tipo de lesión en un objeto de análisis multisectorial que excede lo somático y se extiende hacia los aspectos morales, disciplinarios y espirituales del ser humano imbuido en la situación altamente disruptiva como es el evento bélico.

³ Partes de Sanidad del RI8. Archivo digitalizado obtenido por el equipo de Investigación: “La capacidad resolutive de los PS durante la Guerra de Malvinas”

Durante la Guerra de Malvinas se registraron formalmente siete bajas por heridas auto infligidas acontecidas a partir del 1 de mayo (comienzo del bombardeo aeronaval británico) y culmina su progresión con el comienzo de los combates ⁴⁵. El detalle de dónde ocurrieron y el tratamiento que se le dieron es un elemento de estudio interesante para comprender la importancia de la formación no solo académica de los conductores, sino también de los aspectos morales y éticos personales.

Patologías agudas

Es indudable que el cuerpo del soldado no detiene su proceso fisiológico durante la Guerra, por lo tanto la existencia de patologías agudas clínicas y quirúrgicas serán también un requerimiento de atención para los servicios de sanidad.

Los registros hallados en los diarios de guerra (incompletos) en el Archivo Histórico del Ejército coinciden la totalidad de las unidades, indistintamente del arma, ubicación y tiempo de emplazamiento, con la aparición temprana de cuadros respiratorios tanto de las vías aéreas altas como bajas que requirieron tratamiento farmacológico y en algunos casos evacuación.

Estos cuadros respiratorios y su incidencia notoria en un gran porcentaje de la tropa correspondían a la lógica respuesta a las características climáticas del ambiente operacional; sin embargo, ocasionaron una demanda de insumos que no fueron repuestos a los Puestos de Socorro y degradó velozmente la autonomía prevista reglamentariamente, lo que disminuyó la capacidad resolutive de los mismos en la situación de combate concreto.

Conclusiones:

El acercamiento más amplio a los hechos acontecidos en todas las aristas de la Guerra de Malvinas permitirá comenzar a construir un verdadero conocimiento de este conflicto a través de la pluralidad de análisis posibles luego de transcurridas cuatro décadas.

El caso del estudio de las bajas no solo es de interés para el personal de sanidad: las heridas somáticas o no, provocadas por un evento bélico, son el resultante de factores directos que influyen y comprometen al arma insustituible e indispensable de los ejércitos: el hombre.

La comprensión de los eventos contextuales, la casuística, incidencias y comportamientos ante las heridas, brindan una posibilidad para mejorar aspectos relacionados al mando y permiten adoptar medidas anticipadas, evitando sorpresas durante la conducción de las operaciones.

La tipología y casuística de las bajas, son la evidencia tangible, de las decisiones tomadas u omitidas tanto táctica como estratégicamente, de las construcciones culturales contemporáneas al evento de conceptos tales como el valor, el honor y hasta la Patria.

Las heridas son el cuerpo en primera persona de una Guerra, la visualización de lo acontecido. Su estudio propone motivar miradas prospectivas de superación, especialmente para los futuros oficiales del Ejército Argentino, haciendo de la memoria una experiencia forjadora de resiliencia.

Bibliografía:

⁴ Informe Ratenbach. Declaración MY Enrique Mariano Ceballos

⁵Buroni/ Ceballos. 1992 "La Medicina durante la Guerra de Malvinas" Círculo Militar.

Aguar, Félix Roberto y otros (1985). Operaciones Terrestres en Malvinas.

Aguero, Baruja, Doval (2020) La capacidad resolutive de los Puestos de Socorro durante la Guerra de Malvinas. UNDEF

Buroni, José y **Ceballos**, Enrique (1992). La Medicina en la Guerra de Malvinas. Buenos Aires: Círculo Militar