

ARTÍCULO ORIGINAL

SI QUIERES LA PAZ PREPÁRATE PARA LA GUERRA. DESAFÍOS PARA UN MÉDICO MILITAR*

If you want peace, prepare for war. Military Physician Challenge

Ricardo Navarro Suay

Teniente Coronel Médico especialista en Anestesiología y Reanimación. Profesor Titular del Departamento de Medicina de la Escuela Militar de Sanidad. Academia Central de la Defensa

r_navarro_suay@yahoo.es

RESUMEN

A lo largo de la historia ha quedado patente la importancia de la medicina militar durante los conflictos. Los avances sanitarios producidos en cada contienda deben ser identificados y aprendidos para que no se repitan errores previos. La medicina militar española, tras los recientes conflictos en Bosnia-Herzegovina, Afganistán y los diferentes despliegues navales, ha mejorado sus capacidades. Sin embargo, es necesario que se adapte a escenarios demandantes como la guerra entre Rusia y Ucrania. El conocimiento de la historia puede ser útil para ello.

PALABRAS CLAVE: Medicina militar, historia, guerra.

ABSTRACT

Throughout the history, the importance of military medicine during conflicts has been evident. Healthcare advances performed in each conflict must be identified and learned in order that previous mistakes are not repeated. Spanish military medicine, following the recent conflicts in Bosnia-Herzegovina, Afghanistan, and various naval deployments, has improved its capabilities. However, it must adapt to demanding scenarios such Russia and Ukraine war. History knowledge can be useful in this aim.

KEYWORDS: military medicine, history, war.

* Sesión académica de la RADE celebrada el 12-11-2025 con el título *Si quieres la paz, prepárate para la guerra. Desafíos para un médico militar*. <https://www.rade.es/pagina.php?item=1979>

1. INTRODUCCIÓN

“Si quieres la paz, prepárate para la guerra”. Esta es la primera frase que aprendí cuando inicié mi formación como médico militar hace más de veinte años. A lo largo de todo este tiempo he tenido presente que este viejo aforismo latino desde mi punto de vista sigue vigente hoy día.

Todavía recuerdo, cómo nada más iniciarse el siglo XXI acababa de finalizar mis estudios en la facultad de medicina y me encontraba en Madrid estudiando el examen para obtener una plaza de médico interno residente (MIR). Durante la última semana de aquel verano, la academia preparatoria establecía que debía repasar los temas de cardiología. Ese martes ocurrió un hecho que marcará la historia reciente occidental. Los atentados a las torres gemelas de Nueva York. Era el 11 de septiembre de 2001

Aquello cambió la percepción de la vida. Mis prioridades, mi futuro, el patriotismo y el sentido del deber me llevaron a querer ser médico militar y servir a España. Aprobé el examen MIR y también obtuve una plaza en el Cuerpo Militar de Sanidad. No me costó mucho elegir uno de los dos caminos y unos meses más tarde comenzaba mi vida militar.

En la Academia General Militar de Zaragoza, la Academia General del Aire en Murcia y la Escuela Naval Militar de Marín (Pontevedra), me reforzaron valores que me habían inculcado en mi familia. Sin embargo, fue durante mi primer embarque de prácticas a bordo del Portaaviones Príncipe de Asturias de la Armada atracado en el muelle 2 de la Base Naval de Rota (Cádiz), cuando pude comprobar de primera mano la importancia de la medicina militar. Centenares de marinos estadounidenses pertenecientes al batallón de construcción “Sea Bee” construían a toda prisa cerca del puerto decenas de cabañas de madera para poder hospitalizar las futuras bajas norteamericanas que se podrían generar en los conflictos de Irak y Afganistán (Figura 1).



Figura 1: Alistamiento en la Base Naval de Rota (Cádiz) en el año 2003. Fuente: internet.

Los miembros del servicio de sanidad embarcado en portaaeronaves español, además de recepcionar los pertrechos y medicamentos, repasaban una y otra vez los procedimientos reglados que debían realizar en caso de que tuvieran que atender a múltiples bajas (Figura 2).



Figura 2: Portaaeronaves Príncipe de Asturias. Fuente: Armada.

El inicio de la guerra de Irak era inminente y esa situación me hizo comprender la necesidad de prepararse como médico para un conflicto.

2. ESCALONAMIENTO SANITARIO

Al estudiar como cadete la doctrina sanitaria conjunta de nuestro país, aprendí que la asistencia debe prestarse de un modo escalonado, con un doble objetivo: conseguir que el herido reciba el tratamiento necesario lo antes posible y evitar el colapso de las instalaciones sanitarias. Existen cuatro niveles de instalaciones médicas de tratamiento: En el primer escalón se recibe atención médica y se realizan las maniobras salvadoras de vida. El segundo escalón cuenta con un equipo quirúrgico compuesto por un cirujano general, un traumatólogo y un anestesiólogo cuyo objetivo primordial es realizar una cirugía del control del daño, es decir abreviada, resolutiva y protocolizada, aunque normalmente no definitiva. En el tercer escalón encontramos un auténtico hospital de campaña con la mayoría de especialidades médicas y una posibilidad real de ingreso de los heridos, mientras que el cuarto escalón se encuentra en territorio nacional, es un hospital militar con unas elevadas capacidades asistenciales en el que se realizan las intervenciones quirúrgicas necesarias y el tratamiento rehabilitador que considere oportuno.

Tan importante como estas instalaciones sanitarias, es la conexión entre ellas mediante ambulancias terrestres, aeronaves o buques preparados para la evacuación médica¹ (Figura 3).



Figura 3: Esquema del escalonamiento sanitario en las Fuerzas Armadas españolas. Imagen realizada por el autor (RNS).

3. EXPERIENCIA MÉDICA EN LA GUERRA DE BOSNIA HERCEGOVINA

En la Escuela Militar de Sanidad se explicaba cómo había sido el despliegue sanitario en la guerra de los Balcanes. España desplegó una agrupación táctica de aproximadamente 1200 efectivos y recayó en la sanidad militar del Ejército de Tierra el esfuerzo asistencial principal.

Fue el bautismo de fuego para los recientemente creados en Escalones Médicos Avanzados (EMAT). Eran unidades de acción rápida, ligeros, modulares, autóctonos y aerotransportables, capaces de prestar apoyo sanitario en clasificación, estabilización y tratamiento de urgencia. Estaban compuestos por médicos especialistas, un odontólogo, un farmacéutico, un veterinario, enfermeros y sanitarios. Contaba con apoyo hemoterápico y disponía de células de estabilización, es decir equipos de evacuación terrestre que empleaban ambulancias blindadas para desempeñar su cometido.

Las bajas españolas eran atendidas por los miembros de la célula de estabilización, eran evacuadas hasta las instalaciones del EMAT, allí se les intervenía quirúrgicamente y si era pertinente, se les ponía en estado de evacuación procediéndose mediante ambulancia terrestre o helicóptero medicalizado a su traslado hasta un aeropuerto²⁻⁶ (Figura 4).

En alguno de los aeropuertos de Bosnia-Herzegovina aterrizaba un avión del ejército del aire español con miembros de la Unidad Médica de Aeroevacuación junto con su material sanitario y transportaban al herido hasta Madrid, en concreto al hospital central de la defensa Gómez Ulla, donde se realizaba el tratamiento definitivo y posterior recuperación^{7, 8} (Figura 5).



Figura 4: Fotografías del Escalón Médico Avanzado de Tierra desplegado en la guerra de Bosnia junto con el quirófano ubicado en un contenedor. Fuente: García-Carrasco JA. Equipos quirúrgicos en la Operación Alfa Bravo. Revista Ejército 1994; 650:37-45. García-Carrasco JA. Equipos quirúrgicos en la Operación Alfa Bravo. Revista Ejército 1994; 650:37-45.



Figura 5: Fotografía de la evacuación de heridos hasta el hospital central de la defensa durante la guerra de los Balcanes. Los equipos de aeroevacuación contaban con un anestesiólogo o un intensivista militares destinados en el ejército del aire. Imagen cedida por el autor (RNS).

4. EXPERIENCIA MÉDICA EN LA GUERRA DE AFGANISTÁN

Esta secuencia de atención integral al combatiente se empleó de forma profusa en un nuevo despliegue: Afganistán. En palabras de la ministra de Defensa, sin lugar a dudas la misión internacional más exigente en la que se han visto implicadas las Fuerzas Armadas españolas en los últimos años. Repasemos algunos datos oficiales:

Durante dos décadas, las fuerzas armadas españolas allí desplegadas sufrieron más de 500 ataques de la insurgencia mediante el fuego de armas ligeras y lanzagranadas portátiles. Cerca de 1500 artefactos explosivos fueron desactivados. Los militares españoles realizaron más de 25.000 patrullas terrestres y 13.000 horas de vuelo en aquella zona de operaciones⁹.

La Sanidad Militar española desplegó efectivos e instalaciones sanitarias (en primeros y segundos escalones) a lo largo de este periodo de tiempo. Se realizaron más de 500 aereo evacuaciones médicas transportando casi a un millar heridos, se atendieron 32.145 pacientes (923 bajas de combate), 69.000 actos médicos, cerca de 1000 intervenciones quirúrgicas y 1547 estancias en la unidad de cuidados intensivos. A pesar de la gran labor médica allí desarrollada, desgraciadamente 104 militares españoles fallecieron y 87 fueron heridos en esa zona de operaciones⁹.

El cirujano estadounidense Atul Gawande, veterano de Afganistán analizó los avances médicos acontecidos durante este conflicto: atención inicial a la baja de combate con un control precoz de la hemorragia, administración de analgesia y antibioticoterapia, una evacuación temprana mediante un helicóptero medicalizado hasta un escalón quirúrgico donde se le practique una cirugía del control del daño, el empleo de hemoderivados y hemocomponentes de una forma profusa y finalmente una evacuación hasta territorio nacional. Sin embargo, este médico destaca que la mayor aportación a la medicina ha sido la recogida de cientos de datos médicos de las bajas de combate para generar una potente base de datos que posteriormente era analizada y a partir de la cual se generaba procedimientos estandarizados. Gracias a esta medida se redujo la tasa de mortalidad de los heridos¹⁰.

La medicina militar española no se quedó atrás. A nuestra escala, durante los diez años que duró el despliegue en tierras afganas, se modificó el botiquín individual del combatiente, se emplearon ambulancias blindadas, se optimizaron los helicópteros de evacuación médica, se mejoraron las instalaciones médicas de tratamiento con quirófanos, unidad de cuidados intensivos, escáner, banco de sangre, sistema de telemedicina y farmacia. Les aseguró que mantener logísticamente un hospital de campaña desplegado en mitad de un desierto recibiendo heridos de guerra y enfermos civiles a más de 6000 Km de nuestra querida España fue un auténtico reto. De la necesidad se hizo virtud y gracias al trabajo médico allí desarrollado, se consiguió la mejor supervivencia de los más de cinco siglos de historia del Cuerpo Militar de Sanidad, de 100 heridos que llegaban a nuestro hospital, 97 salían con vida.

Fuimos conscientes de lo que habíamos conseguido y sobre todo de la necesidad de mantener un legado de conocimiento con nuestros futuros oficiales médicos. Había que intentar que las lecciones identificadas en Afganistán pasaran a ser lecciones aprendidas. Recopilamos datos, los analizamos y fruto de este esfuerzo varias tesis doctorales vieron la luz, oficiales médicos participaron en congresos de sus respectivas sociedades científicas, se organizaron cursos específicos de Sanidad Militar, se desarrollaron procedimientos y nuevas técnicas diagnósticas, se emplearon por primera vez dispositivos y materiales médicos en zona de combate, se escribieron manuales y decenas de artículos científicos, siendo nuestra querida Revista Sanidad Militar (tal como venía ocurriendo desde 1851) la que recopiló la mayor parte de ellos y finalmente la línea de investigación sobre la baja en

combate fue la más activa del extinto Instituto Mixto de Investigación Biosanitaria de la Defensa (Figura 6). Fruto de este esfuerzo, conseguimos que España se situara dentro del primer tercio de países con citaciones de artículos médicos relacionados con la guerra de Afganistán^{9, 11}.



Figura 6: Fotografía de la atención a bajas de combate en el Role 2E de Herat (Afganistán).
Colección del autor (RNS).

Todos estos intentos por mantener encendida la llama del conocimiento se tambalearon por un terrible síndrome, que los historiadores conocen bien y que denominan “síndrome de la paz”. El periodo entre guerras genera un menoscabo importante en la atención médica al combatiente herido provocando que la mortalidad al inicio de un conflicto sea mucho mayor que la obtenida al final de la guerra anterior^{12, 13}.

El General Chiarelli, jefe del Estado Mayor del Ejército de los Estados Unidos durante la guerra del Golfo lo explicó a la perfección cuando dijo: “Vamos a repetir los mismos errores que cometimos en el pasado. Pensaremos que nuestros médicos están capacitados. No lo están. Solo les queda rezar para su hijo, hija o nieta no sea la primera baja de la próxima guerra”¹⁴. Esta situación aunque nos pese, es cierta y afecta no solo a España, sino a cualquier país occidental que haya tenido bajas de combate.

5. EXPERIENCIA DE LA MEDICINA A BORDO DE BUQUES DE LA ARMADA

Esta realidad se repite una y otra vez es que desde que finalizó el conflicto en Afganistán hace una década, las fuerzas armadas españolas han desplegado únicamente un escalón quirúrgico en zona de operaciones de forma esporádica. La Armada es la única que mantiene esta capacidad durante este intervalo de tiempo. El quirófano del buque escuela Juan Sebastián Elcano alrededor de varios océanos, el de las fragatas clase Santa María durante la Operación “Atalanta” frente a la piratería que azota el Cuerno de África y el área quirúrgica del portaaviones Juan Carlos I, buque de mando del grupo de combate

expedicionario Dédalo desde el mar Báltico hasta el mediterráneo oriental, han estado abiertos y ocasionalmente han tenido que ser empleados por oficiales médicos españoles. Sirvan de ejemplo tres experiencias que me tocó vivir en estos buques como anestesiólogo.

El 22 de noviembre de 2019, durante el nonagésimo segundo crucero de nuestro buque escuela que conmemoraba los quinientos años de la primera circunnavegación llevada a cabo por Magallanes y Elcano nos encontrábamos en mitad del océano Atlántico. Habíamos zarpado del arsenal de las Palmas hacía nueve días y siguiendo la derrota programada nos faltaban 19 para llegar al puerto de Rio de Janeiro en Brasil.

Un cabo primero de la dotación del buque sufrió una infección perianal que tuvo que ser intervenida a bordo. Después de cumplirse la lista de validación prequirúrgico (valoración preanestésica y firma de los consentimientos informados), y tras informar al Comandante, se realizó una anestesia general que permitió el drenaje y exéresis del absceso. La intervención se llevó a cabo en 40 minutos sin incidencias.

A pesar de ser un procedimiento menor, que en un hospital en tierra en principio no genera una mayor complicación, en la mar o en zona de operaciones no ocurre lo mismo. Tuvimos en consideración varias variables determinantes: en primer lugar, las climatológicas. Preguntamos al oficial de guardia cuál era su previsión meteorológica para ese día. Nos respondió que en seis horas se iba a desencadenar una tormenta importante. Sabemos que en el trópico antes de la tormenta suele haber un rato de calma en la mar. Y por este motivo decidimos intervenirla durante ese intervalo de tiempo. De hecho, se le operó en unas condiciones muy favorables: con mar rizada, a 30º de temperatura, viento flojo de 7 nudos; variables mucho mejores que lo que aconteció después con la tormenta: marejada, 25º y viento de 20 nudos. El buque Juan Sebastián Elcano navega en condiciones habituales con una escora de 3 o 4 grados a babor. A esta posición relativa se le añade el cabeceo del barco dependiendo del oleaje. Estos movimientos inherentes del navío, además de complicar el acto quirúrgico ya que los médicos debemos asegurar nuestra sustentación, tiene una importante implicación anestésica. Si nosotros realizamos una anestesia regional intradural en la que se introduce a través de una aguja un anestésico local en el espacio subaracnoideo que rodea la médula espinal con la intención de conseguir un bloqueo sensitivo y motor a un determinado nivel corporal del paciente durante un periodo de tiempo que permita la intervención quirúrgica, la escora, pero en mayor medida el cabeceo del buque puede ocasionar que el anestésico local difunda por el espacio subaracnoideo hasta alcanzar unos niveles no deseados para la dosis administrada que pueden provocar una complicación potencialmente grave como es un bloqueo alto con dificultad respiratoria y afectación del ritmo cardiaco. Finalmente, no se podía asegurar la asepsia absoluta del quirófano del buque, ya que la instalación sanitaria sirve al mismo tiempo como consulta y como quirófano. Esto puede provocar la posibilidad de producir una infección del sistema

nervioso (meningitis o encefalitis) a consecuencia de la técnica intradural se incrementa. Por estos motivos, me decanté por la realización de una anestesia general y no por una anestesia regional^{15, 16}.

Varios años más tarde, me encontraba navegando a bordo de la fragata clase Santa María como miembro del equipo quirúrgico Role 2 Forward en aguas del océano Índico. Nuestra misión principal era prestar un apoyo quirúrgico temprano a los miembros del equipo de operaciones especiales de la Armada (boinas verdes de la fuerza de guerra naval especial).

El 3 de junio de 2023, se planeó el ejercicio "Bull Shark", golpe de mano conjunto entre los Navy Seals de la marina estadounidense y el equipo español de operaciones especiales. En algún lugar de la costa africana se infiltraban ambas fuerzas que simulaban el rescate de un piloto aliado abatido.

Durante ese ejercicio los miembros de operaciones especiales estuvieron bajo unas condiciones climatológicas extremas (continente africano, mes de junio, humedad del 85% cerca de la costa, clima desértico y elevado número de horas de exposición al sol). Esto supuso la suspensión del ejercicio por parte del mando. Sin embargo, dos boinas verdes perdieron temporalmente el enlace por radio. Uno de ellos, subió a una cota para reestablecer las comunicaciones y permaneció en esa posición durante 6 horas.

Consumió todo el agua y la glucosa que tenía, se empezó a encontrar mal y cuando decidió avisar a su compañero se dio cuenta que no podía gritar, y tenía una debilidad muscular absoluta que le impedía andar. Solo, abatido, sin posibilidad de socorro se dispuso a emplear sus últimas energías en una maniobra de la que posiblemente dependía su vida y que había aprendido durante su adiestramiento: lanzar un bote de humo esperando que algún compañero lo viese y acudiese en su ayuda. De hecho, nada más lanzarlo se desvaneció por el calor. Tuvo suerte. Fue ayudado por su compañero, trasladado al destacamento estadounidense, le aplicaron las primeras medidas térmicas y fue evacuado en el helicóptero español con un sanitario hasta nuestra fragata en menos de 25 minutos.

Gracias a que contábamos con un dron, pudimos hacer una monitorización desde el aire en tiempo real. A su llegada, el paciente estaba desorientado, violento, con agitación psicomotriz, rigidez muscular, taquicardia, taquipnea y temperatura de 38,1°C. Tras estabilizarle y después de una mejoría clínica, el paciente fue dado de alta a las 24 horas. Había sufrido un cuadro de agotamiento por calor que en caso de no haber sido tratado posiblemente hubiera desembocado en un golpe de calor.

Esta entidad, potencialmente mortal, es bien conocida por los anesestesiólogos, ya que la fisiopatología es similar a la hipertermia maligna (cuadro que puede producirse en individuos susceptibles por la alteración en la regulación del ion Calcio en las fibras

musculoesqueléticas tras la administración de algunos anestésicos inhalatorios y un relajante muscular). El tratamiento de elección es el dantroleno, afortunadamente fármaco del que disponíamos a bordo. La experiencia médica adquirida nos recomendaba contar con este tratamiento en el buque, no por las anestесias realizadas en nuestro quirófano (se estima que la incidencia de hipertermia maligna oscila entre 1/5000 o 1/100.000 de anestесias generales realizadas) pero sí por conocer el ambiente donde trabajamos los médicos militares: actividad física extenuantes, a altas temperaturas y humedad elevada¹⁷.¹⁸. En este caso, la experiencia obtenida en despliegues anteriores pudo salvar una vida.

Otro ejemplo de la importancia de estudiar las lecciones médicas identificadas ocurrió hace dos años durante la guerra civil que estalló en Sudán. En ese momento nos encontrábamos embarcados en la fragata Reina Sofia durante la Operación Atalanta de lucha contra la piratería. Nuestra derrota era el puerto de Antisarana, en la costa norte de Madagascar, cuando recibimos la orden del estado mayor de la defensa de cambiar el rumbo y dirigirnos a toda máquina hasta el mar Rojo. La inestabilidad que había surgido en Sudán estaba comprometiendo la seguridad de ciudadanos europeos. Solo unos días más tarde nos encontrábamos en aguas internacionales, a doce millas frente a Port Sudan. Éramos el único buque aliado allí desplegado que contaba con un equipo de operaciones especiales, helicóptero, dron y capacidad quirúrgica. Quizá por ello, fuimos los elegidos por el mando militar de la unión europea para realizar una operación de evacuación de civiles atrapados en aquel puerto que esperaban ser rescatados por vía marítima.

Nos enfrentábamos a una misión compleja, ya que la última vez que nuestra Armada había realizado algo similar fue hace más de 50 años, durante la crisis de la “marcha verde” en 1975. A pesar del poco tiempo del que disponíamos, estudiamos todas las publicaciones sobre este tema y extrajimos consejos que pusimos en práctica. Estimamos que podríamos atender a tres grupos diferentes de pacientes: los heridos por arma de fuego o explosivos a consecuencia de algún enfrentamiento armado que se produjese durante la evacuación, los pacientes crónicos que pudieran sufrir una agudización o descompensación en el traslado y finalmente embarazadas y niños que presentaran alguna complicación en ese momento.

Desde un punto de vista logístico, en el pañol de torpedos de la fragata preparamos un nuevo quirófano de circunstancias. Estaba al mismo nivel que la cubierta de vuelo y de embarque de personal, tenía una entrada y una salida despejadas que permitía la iluminación con luz solar y la entrada de aire exterior (con yodo, tan importante para disminuir las infecciones), pero lo más interesante: era muy amplio y permitía atender a tres bajas simultáneas con lo que se triplicaba nuestra capacidad asistencial.

El equipo de operaciones especiales español se infiltró en suelo sudanés y logró rescatar a 163 civiles con pasaporte europeo, de ellos 26 necesitaron atención médica a bordo. Al día

siguiente, los evacuados fueron transportados hasta Yeda (en Arabia Saudí), donde fueron recogidos por las diferentes delegaciones diplomáticas de sus respectivos países¹⁹. En este caso, el equipo quirúrgico no solo fue un capacitador, sino un potenciador para la misión encomendada a nivel estratégico, siendo trascendental el estudio de las operaciones similares previas llevadas a cabo para conseguir el éxito.

6. REGRESO AL FUTURO: LA GUERRA DE UCRANIA COMO CAMBIO DE PARADIGMA

A los militares se nos enseña que tenemos que prepararnos para el peor escenario. Desconozco si la guerra de Ucrania lo es, pero lo que a mi juicio sí que es cierto es que el síndrome de la paz ha vuelto a ocurrir, y si me permiten, con doble intensidad. Primero, porque ha transcurrido una década desde el final del conflicto afgano y las nuevas generaciones quizá no hayan interiorizado lo que los veteranos allí aprendimos y segundo, el paradigma de la contienda ha cambiado. Se está produciendo un conflicto de alta intensidad, también denominado de alta escala. Combaten dos fuerzas armadas occidentales, no existe la superioridad aérea, el empleo de la artillería es masivo, el ataque a zonas urbanas es reiterativo y el hostigamiento a la población civil es continuo, hay ataques cibernéticos, importa el impacto psicológico de las acciones en el enemigo, se utiliza de forma masiva los drones...en definitiva, se trata de una confrontación híbrida y poliédrica.

La consecuencia desde un punto de vista médico es catastrófica. Según el Centro de Estudios Estratégicos e Internacionales de Washington la cifra total de bajas de soldados rusos y ucranianos llega al millón y medio²⁰. El número medio de heridos al día es de aproximadamente 1000²¹, ya no se pueden emplear helicópteros medicalizados por la posibilidad de ser derribados y por tanto las bajas se evacúan por medio de ambulancias terrestres preferiblemente por la noche, los equipos quirúrgicos del frente están desbordados y algunos deben de ser construirse en el subsuelo para minimizar los ataques aéreos, se emplean trenes para trasladar las bajas desde vanguardia hasta retaguardia. Allí, en los hospitales civiles se siguen tratando a los heridos y enfermos. Toda la cadena de evacuación está enlentecida, esto provoca que los cuidados prolongados se tengan que llevar a cabo en los primeros niveles de atención. El consumo de fármacos, dispositivos y material sanitario es tremendamente demandante y las cadenas logísticas sanitarias frecuentemente son atacadas²²⁻²⁴. A esto se suma que el desgaste psicológico de los profesionales sanitarios es atroz. ¿Cómo podemos encontrar una solución a este escenario? Nuevamente la historia puede aportar respuestas.

En el caso español nos debemos remontar a la segunda guerra mundial para encontrar algo parecido. Si estudiamos el apoyo sanitario a la División española de voluntarios desde 1941 al 1943 en el frente europeo oriental podemos encontrar muchas similitudes²⁵. Tenemos la

inmensa de suerte de que muchos de los médicos divisionarios escribieron sus memorias y experiencias, con lo que se generó doctrina que a lo mejor hoy día debemos recuperar.

¿Qué están haciendo nuestros aliados? Prepararse para un conflicto. Se están buscando sinergias entre la sanidad civil y militar, se analiza la posibilidad de que los médicos sean reservistas, se planean supuestos de atención a bajas masivas, en definitiva se está adecuando la mentalidad médica para lo que nos puede venir²⁶. De hecho incluso el gobierno francés, ha publicado recientemente una directiva sobre este tema²⁷.

Y en España, con una sanidad muy potente ¿estamos preparados? ¿seríamos capaces de atender las bajas que nos evacuasen desde el frente? Los 17 sistemas de salud se podrían hacer cargo de las aproximadamente 1000 bajas al día que estiman los cálculos. Si hacemos un ejercicio de microgestión y reducimos las cifras a un hospital de segundo nivel, nos podríamos preguntar ¿estaríamos capacitados para atender cuatro heridos hoy, cinco mañana, tres el sábado y seis el domingo, así durante semanas o meses?... ¿Hemos aprendido algo de la crisis del covid, teniendo presente que el tratamiento de las bajas en combate es mucho más demandante que el de los enfermos por coronavirus? En esta situación el factor limitante no son los respiradores y las camas de críticos, sino los equipos quirúrgicos, fármacos, material, sangre, rehabilitación... ¿qué pasaría con la lista de espera quirúrgica, tan “importante” para algunos? ¿y con la cirugía oncológica? Como sociedad ¿estamos dispuestos a asumir este coste?

7. CONCLUSIÓN

La historia nos ha demostrado una y otra vez que la preparación es la clave del éxito. Al fin y al cabo un viejo aforismo militar lo deja claro: “la fortuna favorece a los valientes, pero la victoria la alcanzan los más preparados”.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navarro R, Bartolomé E, Jara I, Hernández-Abadía A, Gutiérrez C, García JD, et al. Even more critical medicine: a retrospective analysis of casualties admitted to the intensive care unit in the Spanish Military Hospital in Herat (Afghanistan). *Med Intensiva* 2011; 35(3):157-65.
2. Hernández-Navarro M. ¿Está justificado actualmente el despliegue del EMAT en Bosnia-Herzegovina? *Med Mil (Esp)* 1998;54(2): 105-9.
3. García-Carrasco JA. Equipos quirúrgicos en la Operación Alfa Bravo. *Revista Ejército* 1994;650:37-45.
4. García-Díaz F, Álvarez-Leiva C, Romero-Lluch J, Prieto-Romero J. La Sanidad Militar en la Operación Alfa Bravo. *Revista Ejército* 1993;642:110-5.
5. Cantalejo F. EMAT S/F 12. Experiencias de un médico militar en Bosnia Herzegovina. *Revista de Aeronáutica y Astronáutica* 1998;672:300-307.

6. Guiote-Linares MJ. El equipo médico avanzado del Ejército de Tierra. Revista Ejército 1994;657:133-6.
7. Aguilar-Ros A, Alvarez-Sala-Walther F, Iglesias M. Actividades sanitarias en Bosnia. Análisis clínicos del Hospital del Aire 1993, Ministerio de Defensa, Madrid.
8. Villalonga L. La Sanidad Militar en Bosnia-Herzegovina: la planificación del apoyo y análisis de las bajas evacuadas (nov'94 a feb'94). Revista de Medicina Militar 1996;52(2):177-80.
9. Navarro-Suay R. Avances de la sanidad militar española durante la guerra de Afganistán. Revista de Historia Militar 2023; Extraordinario II: 321-66.
10. Gawande A. Casualties of War. Military care for the wounded from Iraq and Afghanistan. NEJM 2004; 351: 2471-5.
11. Navarro R, Hernández-Abadía A, Gutiérrez C, Bartolomé E, Lam D, Gilsanz F. Gunshot and improvised explosive casualties: a report from the Spanish Role 2 Medical Facility in Herat, Afghanistan. Mil Med 2012;177: 326-32
12. Tarpey MJ. Reorganizing around combat Casualty. Can Army Medicine negate the Peacetime Effect? Military Review 2022; 2: 67-80.
13. Jeremy W. Cannon, Kirby R. Gross, and Todd E. Rasmussen. Combating the Peacetime Effect in Military Medicine. JAMA Surgery 2021; 156(1): 5.
14. Schlüssel AT, Holt DB, Lim RB, Worlton TJ, Ritter EM. The SAGES Manual for navigating a successful military surgical career. Springer Ed. 2025
15. Navarro-Suay R, Castillejo-Pérez S, Díaz-Viudes A, López-Soberón E. Océano, viento y soledad. Anestesia y reanimación a bordo del Buque Escuela de la Armada Española Juan Sebastián de Elcano, nuestra experiencia. Rev Esp Anestesiología 2020; 67(6): 358-60.
16. Rodríguez-Castillo ED, Navarro-Suay R, Gil-Díaz S, Castillejo-Pérez S, López-Nieto JA, López-Soberón R, Gilsanz-Rodríguez F. Análisis de la atención sanitaria realizada en el buque escuela "Juan Sebastián de Elcano" durante diez años (2010-2020). Sanid mil 2023;79(2):18-26.
17. Navarro-Suay R, García Cañas R, Castillejo-Pérez S, López-Soberón E. Medicina de guerra. El equipo quirúrgico avanzado ROLE 2 forward como cambio de paradigma. "Estar preparado es media victoria". Rev Esp Anestesiología 2023;70(4):243-5.
18. Navarro-Suay R, Ruiz-Botía L, García-Cañas R, Tamburri-Bariain R, García-Marirrodriaga I, Fernández-Gayol-Pérez M, Carreres-Colon FJ. El Role 2 forward naval de la operación Atalanta: experiencia inicial de tres años. Sanid mil 2025;81(2): 75-83.
19. Navarro-Suay R, Fernández-Gayol-Pérez M, García-Marirrodriaga I, Núñez-Bello A, Cabeza-González L, Varas-Prieto AB. Operación de evacuación de no combatientes por vía marítima. Experiencia médico militar a bordo de la fragata F-84 "Reina Sofía" de la Armada durante la Operación "NEO Mar Sudán" (Abril-mayo 2023). Sanid mil 2025;81(2):113-124.
20. Disponible en: <https://www.csis.org/analysis/evening-one-million-russian-casualties-us-have-slower-growth-truckin-and-more>
21. Hernández-Abadía de Barbará A, Cique-Moya A. La sangre, el recurso vital. Sanid mil 2024;80(2): 53-55.
22. Breeze J, Marsden MER, Mcknight G, Naumann DN, Spreadborough P, Swain C, et al. Academic Department of Military Surgery and Trauma (ADMST): preparedness for the next conflict through collaboration in research and innovation. BMJ Mil Health 2025. [En prensa].
23. Bongartz LG, Quinn JM, Fransen CM, Kovtunen D, Gumeniuk K, Surkov D, et al. A call for comprehensive reform of Military Medical Planning of NATO and its allies based on lessons from Ukraine War- Cultural context and the human factor. Mil Med 2025 [En prensa].

24. Hodgetts TJ, Naumann DN, Bowley DM. Transferable military medical lessons from the Russo-Ukraine war. *BMJ Mil Health*. 2025;171:101–104.
25. Tamburri-Bariain R, García-Elorz JM, Navarro-Suay R, García-Cañas R. El apoyo sanitario de la división española de voluntarios (1941-1943): elementos para una revisión. *Sanid mil* 2017;73(3):129-39.
26. Lewis L, Verleysen S, Plapinger S, Keenan M. Preparing for civilian harm mitigation and response in Large-Scale Combat Operations. *CNA* 2024: 8: 1-140.
27. Ministère de la Santé. 18 juillet 2025.