



Universidad
de Alcalá

COMISIÓN DE ESTUDIOS OFICIALES
DE POSGRADO Y DOCTORADO

ACTA DE EVALUACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

Año académico 2019/20

DOCTORANDO: **GUZMAN ROSARIO, DARLIN MARGARITO**

D.N.I./PASAPORTE: ****9595N

PROGRAMA DE DOCTORADO: **D420-CIENCIAS DE LA SALUD**

DPTO. COORDINADOR DEL PROGRAMA: **BIOLOGÍA DE SISTEMAS**

TITULACIÓN DE DOCTOR EN: **DOCTOR/A POR LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ**

En el día de hoy 29/10/19, reunido el tribunal de evaluación nombrado por la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado y Doctorado de la Universidad y constituido por los miembros que suscriben la presente Acta, el aspirante defendió su Tesis Doctoral, elaborada bajo la dirección de **SANTIAGO COCA MENCHERO // RICARDO NAVARRO SUAY**.

Sobre el siguiente tema: *CAUSAS MÉDICAS DE EVACUACIÓN ESTRATÉGICA DE LAS FUERZAS ARMADAS ESPAÑOLAS 2007 - 2017*

Finalizada la defensa y discusión de la tesis, el tribunal acordó otorgar la CALIFICACIÓN GLOBAL¹ de (no apto, aprobado, notable y sobresaliente): SOBRESALIENTE

Alcalá de Henares, 29 de octubre de 2019

EL PRESIDENTE

Fdo.: NATALIO A. GARCÍA HONDUVILLA

EL SECRETARIO

Fdo.: TOMAS CHIVATO PEREZ

EL VOCAL

Fdo.: LUIS MIGUEL CALLOL SANCHEZ

Con fecha 25 de noviembre de 2019 la Comisión Delegada de la Comisión de Estudios Oficiales de Posgrado, a la vista de los votos emitidos de manera anónima por el tribunal que ha juzgado la tesis, resuelve:

- Conceder la Mención de "Cum Laude"
- No conceder la Mención de "Cum Laude"

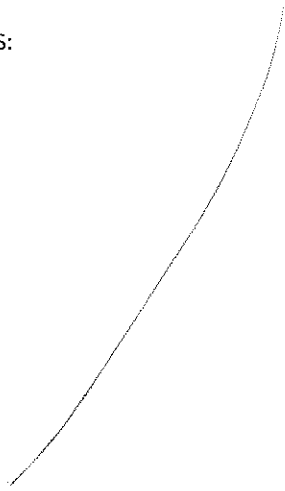
FIRMA DEL ALUMNO,

Fdo.: GUZMAN ROSARIO, DARLIN MARGARITO

La Secretaria de la Comisión Delegada

¹ La calificación podrá ser "no apto" "aprobado" "notable" y "sobresaliente". El tribunal podrá otorgar la mención de "cum laude" si la calificación global es de sobresaliente y se emite en tal sentido el voto secreto positivo por unanimidad.

INCIDENCIAS / OBSERVACIONES:



DILIGENCIA DE DEPÓSITO DE TESIS.

Comprobado que el expediente académico de D./D^a _____
reúne los requisitos exigidos para la presentación de la Tesis, de acuerdo a la normativa vigente, se
procede, con fecha de hoy a registrar el depósito de la tesis en el Servicio de Estudios Oficiales de
Posgrado, con número de páginas: _____.

Alcalá de Henares a ____ de _____ de 20____



Fdo. El Funcionario



Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

CAUSAS MÉDICAS DE EVACUACIÓN
ESTRATÉGICA DE LAS FUERZAS ARMADAS
ESPAÑOLAS 2007-2017.

Tesis Doctoral Presentada Por:

DARLIN MARGARITO GUZMÁN ROSARIO

Alcalá de Henares 2019



Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

CAUSAS MÉDICAS DE EVACUACIÓN
ESTRATÉGICA DE LAS FUERZAS ARMADAS
ESPAÑOLAS 2007-2017.

Tesis Doctoral Presentada Por:

DARLIN MARGARITO GUZMÁN ROSARIO

Director:

Dr. Santiago Coca Menchero

Codirector:

Dr. Ricardo Navarro Suay

Alcalá de Henares 2019

DON SANTIAGO COCA MENCHERO, PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA
PATOLOGICA DE LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ.

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral titulada: "CAUSAS MÉDICAS DE EVACUACIÓN
ESTRATÉGICA DE LAS FUERZAS ARMADAS ESPAÑOLAS 2007-2017",
que presenta Don Darlin Margarito Guzmán Rosario para optar al Grado
de Doctor por la Universidad de Alcalá, ha sido realizada bajo mi dirección
y reúne todos los requisitos legales para proceder a su defensa pública.

Y para que conste se expide el presente certificado en Madrid a 15 de
junio de 2019.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Santiago Coca Menchero', written over a horizontal line.

Santiago Coca Menchero

DON RICARDO NAVARRO SUAY, PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DE LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ.

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral titulada: "CAUSAS MÉDICAS DE EVACUACIÓN ESTRATÉGICA DE LAS FUERZAS ARMADAS ESPAÑOLAS 2007-2017", que presenta Don Darlin Margarito Guzmán Rosario para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Alcalá, ha sido realizada bajo mi dirección y reúne todos los requisitos legales para proceder a su defensa pública.

Y para que conste se expide el presente certificado en Madrid a 15 de junio de 2019.



Ricardo Navarro Suay



Universidad
de Alcalá

Dr. D. Pedro de la Villa Polo, Coordinador de la Comisión Académica del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud.

INFORMA que la Tesis Doctoral titulada **CAUSAS MÉDICAS DE EVACUACIÓN ESTRATÉGICA DE LAS FUERZAS ARMADAS ESPAÑOLAS 2007 - 2017**, presentada por D. **DARLIN MARGARITO GUZMÁN ROSARIO**, bajo la dirección del Dr. D. Santiago Coca Menchero y del Dr. D. Ricardo Navarro Suay, reúne los requisitos científicos de originalidad y rigor metodológicos para ser defendida ante un tribunal. Esta Comisión ha tenido también en cuenta la evaluación positiva anual del doctorando, habiendo obtenido las correspondientes competencias establecidas en el Programa.

Para que así conste y surta los efectos oportunos, se firma el presente informe en Alcalá de Henares a 05 de julio de 2019.

Fdo.: Pedro de la Villa Polo

**INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON
MEDICAMENTOS**

D^a. Amelia García Luque, secretaria del Comité de Ética de Investigación con medicamentos (CEIm) de la Inspección General de Sanidad de la Defensa

CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado la propuesta para que se realice el estudio:

Código: 15/16

Título: "Causas médicas de evacuación estratégica de las FAS españolas 2007-2016".

Investigador principal: D. Darlin Margarito Guzmán Rosario

Y considera que:

- El estudio se plantea siguiendo los requisitos y postulados éticos y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio.
- La capacidad del investigador y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Por tanto, este CEIm **ACEPTA** que dicho estudio sea realizado en:

- El Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, por D. Darlin Margarito Guzmán Rosario, como investigador principal.

Lo que firmo en Madrid a 25 de mayo de 2016



Fdo.: D^a. Amelia García Luque



INSPECCIÓN GENERAL DE SANIDAD

Glorieta del Ejército, s/n
Teléf.: 91 422 21 86
28047 Madrid

La composición del CEIm de la Inspección General de Sanidad de la Defensa es la siguiente:

D. Miguel Puerdo Vicente. Médico. Farmacólogo Clínico. Comisión de Investigación. (Presidente)
D. Miguel Angel Santos-Ruiz Díaz. Farmacéutico. Centro Universitario de la Defensa. (Vicepresidente)
D^a Amelia García Luque. Médico Farmacólogo Clínico (Secretaria técnica)
D. Manuel Domínguez Salgado. Médico Neurología.
D^a Maria del Carmen Sarabia Clemente. DUE. Experta en Bioética
D. Ignacio García González. Licenciado en Derecho.
D. Ana Margarita Montoro de Francisco. Médico. Alergología.
D^a M^a Flor Esteban López. Voluntariado social. Ajeno a profesiones sanitarias.
D. Antonio Joaquín Piñeyroa Sierra. Instituto de Medicina Preventiva.
D^a Gloria Gema Cáceres Bermejo. Médico. Instituto de Medicina Preventiva
D. Antonio Borrego Caballero. Farmacéutico Atención Primaria
D. Alfonso Valencia Moya. Médico. Neurocirugía
D^a. Pilar Prats Oliván. Farmacéutico. Farmacia Hospitalaria.
D^a. Inmaculada Muñoz Mosqueira. Médico. Atención Primaria

Lo que firmo en Madrid a 25 de mayo de 2016


Fdo.: D^a. Amelia García Luque





MINISTERIO
DE
DEFENSA



SUBSECRETARÍA DE DEFENSA
INSPECCION GENERAL DE SANIDAD

HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA
"GÓMEZ ULLA"

O F I C I O

S/REF.: SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN Núm. 31/13 Fecha: 16/05/2013
N/REF.: SECRETARIA GENERAL (S.R.) Núm.
FECHA: 20 de Mayo de 2013
ASUNTO: **STDO. AUTORIZACIÓN**
DESTINATARIO: **SR. COMANDANTE MÉDICO D. RICARDO NAVARRO SUAY
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN**

En contestación a su escrito arriba referenciado, se comunica que queda autorizado, por el General Director, para realizar el trabajo de investigación solicitado.

EL CORONEL MÉDICO SECRETARIO TÉCNICO



Fdo.: Santiago Huecas Aguado

hcdgomezulla@oc.mde.es

Gita. del Ejército nº. 1
28047 - MADRID
Telf. 91 422 22 00
Fax 91 422.22.01

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a todos los miembros de las Fuerzas Armadas españolas que en algún momento de su carrera militar han estado desplegados fuera de nuestras fronteras, alejados de sus familias y cumpliendo su cometido sin desdén.

Con formato: Fuente: Cursiva

Con formato: Fuente: Cursiva

Con formato: Fuente: Cursiva

Con formato: Fuente: Cursiva

Con formato: Fuente: Cursiva

A mi esposa e hijos, sin ellos sencillamente no soy nadie.

Con formato: Fuente: Cursiva

Con formato: Fuente: Cursiva

A mis padres, quienes me inculcaron los valores de humildad, sacrificio y nobleza.

Con formato: Fuente: Cursiva

A mis hermanas, que me han apoyado en cada proyecto.

Con formato: Sangría: Izquierda: 7 cm

Con formato: Fuente: Cursiva

AGRADECIMIENTO

A mis tutores, el General de División Excmo. D. Santiago Coca Menchero por la entrega a todos aquellos quienes desean incurrir en la investigación y al Comandante Médico D. Ricardo Navarro Suay un auténtico ejemplo de militar, dispuesto a sacrificar su tiempo por la investigación. Ellos quienes desde el primer momento confiaron en mí.

Al General de Brigada Excmo. D. Manuel Cesáreo López Perales, un ejemplo de mando, donde otros ven un problema, el General ve una oportunidad.

Al Dr. Carlos Gutiérrez Ortega, un hombre que sin recibir nada a cambio te ayuda a resolver cualquier tipo de problema.

A todos los que en el momento de escuchar el título del estudio abrieron las puertas y dieron autorización y/o aportaron sus ideas.

|

INDICE

ÍNDICE

Introducción	37
Las Fuerzas Armadas Españolas (F.F.A.A.).....	39
El Jefe De Estado Mayor De La Defensa (JEMAD)	40
Las misiones.....	40
Planificación de las operaciones	42
Compromisos internacionales	44
Referencia del consejo de ministros (Madrid, viernes 22 de diciembre de 2017) prorrogada hasta el 31 de diciembre de 2018 la participación de unidades y observadores militares españoles en operaciones en el exterior.....	44
Operaciones de la Unión Europea.....	45
Operaciones de la Alianza Atlántica (OTAN)	46
Coalición contra el Daesh.....	48
Naciones Unidas (ONU)	48
La Cooperación Militar.....	49
España en Las Relaciones Militares Multilaterales (RRMM).....	50
En la Organización de las Naciones Unidas (ONU).....	50
En la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN).....	51
En la Unión Europea (UE).....	53
En la Organización para la Seguridad y Cooperación en Europa (OSCE).....	54
Las Misiones Internacionales de las Fuerzas Armadas Españolas contenidas dentro del periodo 2007-2017.....	54
Operación “ACTIVE ENDEAVOUR”	57
Operation OCEAN SHIELD.....	58
Operación ISAF / RESOLUTE SUPPORT Afganistán.....	59
Operación “CHARLIE SIERRA – ALTHEA” en Bosnia Herzegovina.....	61
Operación “LIBRE HIDALGO” UNIFIL.....	63
Operación “SIERRA KILO – JOINT ENTERPRISE” en Kosovo.....	65
Operación EUNAVFORMED Sophia.....	66

Operación EUMAM RCA (República Centroafricana).....	68
Operación Golfo de Guinea (Diplomacia de la Defensa)	69
Operación EUTM-Somalia.....	70
Operación EUTM-Malí.....	72
Operación Apoyo a Irak.....	72
Operación Destacamento Marfil (Senegal).....	73
Operación EUCAP Néstor.....	74
Operación Atalanta	75
Operación Apoyo a Turquía	76
Operación Policía Aérea en el Báltico	77
Operación OTAN - LETONIA -Enhanced Forward Presence (eFP) Letonia	78
Operación Seguridad Cooperativa en Senegal.....	79
Operación Apoyo a RCA - OP A/C (Gabón).....	80
Operación Ayuda a Haití	80
Operación República Centroafricana (EUFOR RCA).....	82
Sanidad Militar Española.....	84
Ley 39/2007, de 19 de noviembre, de la carrera militar. Disposición adicional quinta. Sanidad Militar.....	84
Red Sanitaria Militar.....	85
Antecedentes históricos.....	85
Logística Sanitaria en Operaciones.....	86
Células de estabilización.....	86
ROLE.....	88
ROLE 1	88
ROLE 2	89
El ROLE 2 Ligero (LM o Light Maneuver) (actualmente basic)	89
El ROLE 2 E (E o Enhanced).....	90
ROLE 3	90
ROLE 4	91

Hospitales del Ministerio de Defensa.	92
Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” en Madrid.	92
Hospital General de la Defensa “Orad y Gajías” en Zaragoza.	93
Evacuaciones médicas militares.....	93
Evolución histórica de las aeroevacuaciones médicas.....	93
Concepto de aeroevacuación médica.....	99
Diferenciación entre los conceptos medical evacuation (MEDEVAC) y casualty evacuation (CASEVAC).....	100
Categorías de aeroevacuación médica.....	100
Aeroevacuación médica avanzada.....	100
Aeroevacuación médica táctica (TACEVAC).....	101
Aeroevacuación médica estratégica (STRATEVAC)	101
Medios empleados en las aeroevacuaciones médicas	102
La aeroevacuación médica en el Ejército del Aire	103
Unidades del Ejército del Aire implicadas en misiones de aeroevacuación	103
Unidad médica de aeroevacuación (UMAER) y Unidad Médica de Apoyo al Despliegue (UMAAD).	103
Unidades del ejército del aire implicadas en las Aeroevacuaciones avanzadas.....	104
Ala 48	104
Ala 49	105
Unidades del ejército del aire implicadas en las Aeroevacuaciones tácticas.....	106
Ala 35	106
Ala 31	106
Unidades del ejército del aire implicadas en las Aeroevacuaciones estratégicas.....	107
45 Grupo	107
47 Grupo	107

Hipotesis y Objetivos.....	111
Principal / General.....	111
Secundarios/Específicos.....	111
Material y método.....	115
Diseño.....	115
Población a estudio.....	115
Muestreo.....	115
Criterios de selección.....	116
Inclusión.....	116
Exclusión.....	116
Tamaño muestral.....	116
Variables a estudio.....	116
Sociodemográficas:.....	116
Sexo (Cualitativa Nominal Dicotómica):.....	116
Edad (Cuantitativa Politómica):.....	116
Independientes:.....	117
Ejército de Procedencia (Politómica):.....	117
Nacionalidad Española (Dicotómica):.....	117
Año de Evacuación (Politómica):.....	117
Estación del año (Politómica):.....	117
Dependientes:.....	117
Zona de Operaciones de Procedencia (Politómica):.....	117
Aerotransporte (Dicotómica):.....	117
Mecanismo lesional (Politómica):.....	118
Servicio Médico receptor en ROLE 4 (Politómica):.....	118
Patología por Clasificación Internacional de Enfermedades 10 ^{ma} edición (CIE-10):	118
Necesidad de Medicina Intensiva (Dicotómica):.....	119
Necesidad de Quirófano (dicotómica):.....	119

Material para medir las variables.....	119
Método de medida de las variables.....	119
Método estadístico.....	120
Estadística descriptiva:.....	120
Estadística inferencial:.....	120
Resultados	125
Análisis de la población por sexo	126
Análisis de la población por edad.....	126
Análisis de la población por ejército de procedencia	127
Análisis de los evacuados por nacionalidad	127
Lesiones de combate frente a no de combate.....	127
Análisis de las evacuaciones por año de evacuación.....	128
Estación del año de evacuación.....	128
Aerotransporte	129
Necesidad quirófano de los evacuados.....	129
Necesidad medicina intensiva	129
Distribución de los evacuados por zona de operación de procedencia.....	130
Categorización de las evacuaciones según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).....	131
Distribución por mecanismo lesional	133
Servicio receptor en ROLE 4.....	133
Distribucion de sexo según la edad.....	135
Frecuencia según sexo de las evacuaciones por año	135
Dependencia estación del año con Zona de Operaciones.....	136
Correlación estación del año con lesión de combate o no de combate.....	137
Distribucion de las lesiones de combate por Zona de Operaciones.....	137
Analogía mecanismo lesional - ejército de procedencia	138
Distribución de grupos de patología (CIE 10) por año de evacuación	139
Distribución de grupos de patología (CIE 10) por Zona de Operaciones.....	143

DISCUSIÓN.....	157
ISAF / Resolute Support Afganistán	158
Francia	158
Holanda	159
Polonia	159
España	160
Apoyo a Irak.....	162
Estados Unidos.....	162
Atalanta.....	163
España	163
Apoyo a RCA - OP A/C (Gabón)	164
Francia	164
Ayuda a Haití.....	165
España	165
Estudios que engloban múltiples misiones	165
Reino unido	165
España	166
Estados Unidos.....	170
Reino Unido.....	172
Conclusión	176
Bibliografía.....	181
Anexos.....	191
Resumen	206

INDICE DE ILUSTRACIONES

<i>ILUSTRACIÓN 1 CRONOLOGÍA DE LAS MISIONES INTERNACIONALES ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL PERIODO DE ESTUDIO. CREACIÓN DE LOS AUTORES, BASADOS EN LA INFORMACIÓN DETALLADA EN LA PÁGINA DEL MINISDEF.</i>	<i>56</i>
<i>ILUSTRACIÓN 2 DESPLIEGUE DE MILITARES ESPAÑOLES EN MISIONES INTERNACIONALES Y SU DISTRIBUCIÓN EN CUANTO A EJÉRCITOS A SEPTIEMBRE DE 2017 (29).....</i>	<i>83</i>
<i>ILUSTRACIÓN 3 COMPONENTES DE CÉLULA DE ESTABILIZACIÓN FUERZAS ARMADAS ESPAÑOLAS. OPERACIÓN ISAF ASPFOR XXXI. AFGANISTÁN. 2012. (CLP. SANTOS, TTE. MED. GUZMÁN, ALF. ENF. RISCO); VEHÍCULO RG-31 AMBULANCIA.....</i>	<i>87</i>
<i>ILUSTRACIÓN 4 COMPONENTES DE CÉLULA DE ESTABILIZACIÓN FUERZAS ARMADAS ESPAÑOLAS</i>	<i>87</i>
<i>ILUSTRACIÓN 5 ASISTENCIA A BAJAS MASIVAS POR CAUSA DE COMBATE (ARTEFACTO EXPLOSIVO IMPROVISADO). ROLE-1 ISAF AFGANISTÁN 2012.</i>	<i>88</i>
<i>ILUSTRACIÓN 6 DISTRIBUCIÓN DEL ROLE 2 LM.....</i>	<i>89</i>
<i>ILUSTRACIÓN 7 DISTRIBUCIÓN DEL ROLE 2 E.</i>	<i>90</i>
<i>ILUSTRACIÓN 8 ROLE 3 HOSPITAL DE CAMPAÑA ESPAÑOL (33)</i>	<i>91</i>
<i>ILUSTRACIÓN 9 HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA “GÓMEZ ULLA” – ROLE 4 ESPAÑOL.....</i>	<i>91</i>
<i>ILUSTRACIÓN 10 AERO EVACUACIÓN MÉDICA. VALORACIÓN DE LA VELOCIDAD VS LA MORTALIDAD DE LAS EVACUACIONES EN LOS DISTINTOS CONFLICTOS ARMADOS. (38).....</i>	<i>96</i>
<i>ILUSTRACIÓN 11 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POR SEXO.</i>	<i>126</i>
<i>ILUSTRACIÓN 12 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POR EDAD.....</i>	<i>126</i>
<i>ILUSTRACIÓN 13 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POR EJERCITO DE PROCEDENCIA.....</i>	<i>127</i>
<i>ILUSTRACIÓN 14 ANÁLISIS DE LAS EVACUACIONES POR AÑO DE EVACUACIÓN.</i>	<i>128</i>
<i>ILUSTRACIÓN 15 ESTACIÓN DEL AÑO DE EVACUACIÓN.....</i>	<i>129</i>
<i>ILUSTRACIÓN 16 DISTRIBUCIÓN DE LOS EVACUADOS POR ZONA DE OPERACIÓN DE PROCEDENCIA. 130</i>	
<i>ILUSTRACIÓN 17 CODIFICACIÓN DE LAS EVACUACIONES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE 10).....</i>	<i>132</i>
<i>ILUSTRACIÓN 18 DISTRIBUCIÓN POR MECANISMO LESIONAL.....</i>	<i>133</i>
<i>ILUSTRACIÓN 19 SERVICIO RECEPTOR EN ROLE 4</i>	<i>134</i>
<i>ILUSTRACIÓN 20 DISTRIBUCIÓN DE SEXO SEGÚN LA EDAD</i>	<i>135</i>
<i>ILUSTRACIÓN 21 FRECUENCIA SEGÚN SEXO DE LAS EVACUACIONES POR AÑO.</i>	<i>135</i>
<i>ILUSTRACIÓN 22 RELACIÓN ESTACIÓN DEL AÑO DE EVACUACIÓN CON ZONA DE OPERACIONES DE EVACUACIÓN.....</i>	<i>136</i>
<i>ILUSTRACIÓN 23 RELACIÓN ESTACIÓN DEL AÑO DE EVACUACIÓN CON LESIÓN DE COMBATE O NO DE COMBATE.....</i>	<i>137</i>
<i>ILUSTRACIÓN 24 DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES DE COMBATE POR ZONA DE OPERACIONES</i>	<i>138</i>
<i>ILUSTRACIÓN 25 RELACIÓN MECANISMO LESIONAL – EJÉRCITO DE PROCEDENCIA.....</i>	<i>138</i>
<i>ILUSTRACIÓN 26 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) POR AÑO DE EVACUACIÓN. .</i>	<i>142</i>
<i>ILUSTRACIÓN 27 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN AFGANISTÁN.</i>	<i>144</i>
<i>ILUSTRACIÓN 28 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN MALI.....</i>	<i>145</i>

<i>ILUSTRACIÓN 29 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN SENEGAL.</i>	<i>146</i>
<i>ILUSTRACIÓN 30 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN LÍBANO.</i>	<i>147</i>
<i>ILUSTRACIÓN 31 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN ATALANTA.</i>	<i>148</i>
<i>ILUSTRACIÓN 32 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN NAVEGACIÓN.</i>	<i>149</i>
<i>ILUSTRACIÓN 33 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN OPERACIÓN SOPHIA.</i>	<i>150</i>
<i>ILUSTRACIÓN 34 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN TURQUÍA.</i>	<i>151</i>
<i>ILUSTRACIÓN 35 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN IRAK.</i>	<i>152</i>
<i>ILUSTRACIÓN 36 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN POLONIA.</i>	<i>152</i>
<i>ILUSTRACIÓN 37 CÓDIGO QR. ENLACE CON CIE 10.</i>	<i>192</i>

INDICE DE TABLAS

<i>TABLA 1 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) POR AÑO DE EVACUACIÓN.....</i>	<i>141</i>
<i>TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) POR ZONA DE OPERACIONES.....</i>	<i>153</i>
<i>TABLA 3 TABLA EXCEL USADA PARA LA CLASIFICACIÓN DE LOS MOTIVOS DE EVACUACIÓN BASADO EN EL CIE10</i>	<i>192</i>
<i>TABLA 4 RESUMEN ESTUDIOS ANALIZADOS</i>	<i>2193</i>

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Los primeros conflictos registrados por la humanidad se remontan a 1000 años antes de la era de Cristo entre las fuerzas egipcias del faraón Ramsés II y de los Hititas de Muwatalli. Desde entonces en todas las guerras han participado desde cientos, miles y hasta millones de combatientes, padeciendo de problemas de salud por los que pueden sucumbir dichos efectivos. Las condiciones de vida, el hacinamiento, las malas condiciones alimentarias, las lamentables condiciones de higiene, el contacto con sustancias animales o vegetales nocivas para el ser humano, las lesiones propias del combate y sus complicaciones, las patologías inherentes de cada individuo son factores que pueden promover el abandono de la zona de combate / zona de operaciones por los efectivos. Esto a su vez significa menoscabo para consumir el objetivo de dicha misión, esos sucesos históricamente han sido utilizados y estudiados para efectuar mejoras tanto en las técnicas de combate, adiestramiento previo al despliegue, en los aditamentos utilizados durante el enfrentamiento, sea para el combate o para lidiar con las inclemencias a las que son sometidos los que se dedican a cumplir un cometido como parte de las Fuerzas Armadas. Todo con el fin de evitar la efectividad de dichos inconvenientes y de esta manera mantener el mayor número de efectivos activos y útiles durante la misión encomendada usando la prevención como pieza clave para evitar este menoscabo.

Existen incalculables causas de índole sanitario por el que personal que se encuentra en zona de operaciones es devuelto a su lugar de procedencia por no poder dar cumplimiento a su objetivo. Estas causas han ido variando a través de los años, desde plagas, infecciones mortales como la gripe española durante la post guerra de la primera guerra mundial hasta lesiones deportivas hoy en día.

Los miembros de las Fuerzas Armadas Españolas han realizado múltiples aportaciones a las ciencias, en especial a las ciencias de la salud. Dentro de estas aportaciones se encuentra el descubrimiento de la anestesia epidural por el médico militar Fidel Pagés Miravé o la campaña de vacunación que encabezó el médico militar F.J. Balmis, todo ello por encontrarse en entornos adversos donde se pueden vivenciar situaciones que en la vida civil no serían contemplables o por agrupar miles de efectivos que son sometidos con cierta periodicidad a reconocimientos médicos y a un estricto control sanitario y posteriormente a su registro, revisión y actualización.

INTRODUCCIÓN

Nuestras Fuerzas Armadas han desplegado sus efectivos en 5 continentes en multitud de conflictos y en catástrofes naturales. El apoyo sanitario durante estas operaciones ha sido realizado por el Cuerpo Militar de Sanidad y las unidades de sanidad de los Ejércitos y la Armada.

Las Fuerzas Armadas Españolas poseen la capacidad para desplegar formaciones sanitarias con capacidad Role 1, Role 2 y Role 3. Mientras que en el territorio nacional el Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” (HCDGU) de Madrid tiene la capacidad Role 4.

Al designar una unidad militar a participar en una misión nacional o internacional el personal perteneciente a la misma y los efectivos de apoyo externo a esa unidad son sometidos a un periodo de formación llamado “Fase de concentración”. Dicha etapa es variable (en tiempo y contenido) dependiendo del personal al que va dirigido, partiendo desde el encuentro y cohesión de los elementos humanos que participan, pasando por conocer todo el material con el que se irá desplegado, detallando con gran exactitud todos los elementos logísticos que intervendrán en la misión.

El personal de sanidad debe estar actualizado y para ello se le somete a formación en soporte vital avanzado en combate (SVACOM) impartida en la Escuela Militar de Sanidad (EMISAN) y desde el año 2017 bajo instrucción técnica N.º 2/2017 de 3 de marzo del Inspector General de Sanidad de la defensa se somete a formación continuada, teniendo que cumplimentar una serie de actividades dependiendo de la especialidad fundamental a la que pertenezca, formación que se centra en pacientes agudos y derivados del combate.

Las evacuaciones pueden ser Avanzadas, Tácticas o Estratégicas, dependiendo de donde se produce la baja y hasta qué escalón sanitario sea desplazada para realizar los cuidados sanitarios necesarios para preservar la vida. Puede ser puesta en práctica tanto en medios terrestres, aéreos o navales. Se podría decir que la sanidad militar está donde esté el más lejano de nuestros componentes, con atención médica de calidad respaldada con la batería de especialidades médicas que posee el ROLE 4 (Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”), todo ello mediante el sistema de telecomunicaciones llamado “Telemedicina”.

No se puede realizar una publicación de evacuaciones si no se le da mención a la Unidad Médica de Aeroevacuaciones (UMAER) la cual posee como parte de su cometido garantizar el transporte y estabilización de bajas.

INTRODUCCIÓN

En vista del apoyo militar que desde hace años viene realizando España y de las posibles contingencias de etiología sanitaria que pueden ser encontradas durante una misión internacional, nos vemos en la necesidad de analizar las causas por las que personal del Ministerio de Defensa (militares y civiles) pueden ser evacuados hasta territorio nacional. Todo ello con el fin de valorar las medidas a mejorar de los posibles defectos que puedan objetivarse derivado de dichas causas de baja, ya sea de la formación profesional que reciben los miembros de la sanidad militar con posibilidad de despliegue a las distintas zonas de operaciones, de las medidas de prevención que reciben los efectivos militares, de medidas en las zonas de operaciones, o de medidas en la mejora de los elementos de protección.

Tendríamos que analizar la formación que recibe el personal militar haciendo hincapié en la formación específica que recibe el personal de sanidad militar. Debemos ser conscientes de que en la mayoría de los destinos en territorio nacional no existe la casuística suficiente como para mantener una formación continuada a la atención de las patologías más prevalentes.

Para poder efectuar un análisis de las evacuaciones estratégicas que se han ejecutado en los últimos diez años debemos hacer una revisión y realizar un marco teórico con todos los elementos implicados en la preparación de una misión internacional, en la sanidad militar española y en las misiones internacionales en sí mismas, estructura orgánica y funcional de las Fuerzas Armadas, composición de las estructuras sanitarias desplegadas, medios, unidades, personal y protocolos que se utilizan para realizar las evacuaciones sanitarias. Por ello realizamos un esbozo de los temas que nos serán útiles para dicho objetivo.

LAS FUERZAS ARMADAS ESPAÑOLAS (F.F.A.A.)

Las Fuerzas Armadas constituyen una entidad única que se concibe como un conjunto integrador de las formas de acción específicas de cada uno de sus componentes: el Ejército de Tierra, la Armada y el Ejército del Aire. Se organizan en dos estructuras: la orgánica, bajo la responsabilidad de los Jefes de Estado Mayor de los Ejércitos, para la preparación de la fuerza; y la operativa, bajo mando del Jefe de Estado Mayor de la Defensa (JEMAD), para su empleo en operaciones militares. Las misiones a las que se refiere en el artículo 15 de la Ley Orgánica 5/2005 del 17 de noviembre, así

INTRODUCCIÓN

como las operaciones militares que pudieran derivarse de éstas, serán responsabilidad del JEMAD, bajo la autoridad del Ministro de Defensa, planeándose y ejecutándose en el marco de la estructura operativa de las Fuerzas Armadas. ⁽¹⁾

EL JEFE DE ESTADO MAYOR DE LA DEFENSA (JEMAD)

Al Jefe de Estado Mayor de la Defensa le corresponde el planeamiento y ejecución de los aspectos operativos de la política militar. En particular, y según la Ley Orgánica 5/2005, le corresponde al Jefe de Estado Mayor de la Defensa: La función de asesoramiento militar al presidente del Gobierno y al Ministro de Defensa, a los que auxiliará en la dirección estratégica de las operaciones militares. Ejercer, bajo la dependencia del Ministro de Defensa, el mando de la estructura operativa de las Fuerzas Armadas y la conducción estratégica de las operaciones militares. Asegurar la eficacia operativa de las Fuerzas Armadas. A tal fin, podrá supervisar la preparación de las unidades de la fuerza y evaluar su disponibilidad operativa. Proponer al Ministro de Defensa las capacidades militares adecuadas para ejecutar la política militar. Elaborar y definir la estrategia militar. Establecer las normas de acción conjunta de las Fuerzas Armadas y contribuir a la definición de las normas de acción combinada de fuerzas multinacionales. Finalmente, y por delegación del Ministro de Defensa, podrá ejercer la representación militar nacional ante las organizaciones internacionales de Seguridad y Defensa. El Jefe de Estado Mayor de la Defensa coordinará a los Jefes de Estado Mayor del Ejército de Tierra, de la Armada y del Ejército del Aire, a quienes impartirá directrices para orientar la preparación de la Fuerza, con el objeto de asegurar la eficacia operativa de las Fuerzas Armadas. ⁽¹⁾

LAS MISIONES.

Las Fuerzas Armadas, de acuerdo con el artículo 8.1 de la Constitución, tienen atribuida la misión de garantizar la soberanía e independencia de España, defender su integridad territorial y el ordenamiento constitucional. Además, tal como establece la Ley Orgánica 5/2005, de Defensa Nacional, las Fuerzas Armadas contribuyen militarmente a la seguridad y defensa de España y de sus aliados, en el marco de las organizaciones

INTRODUCCIÓN

internacionales de las que España forma parte, así como al mantenimiento de la paz, la estabilidad y la ayuda humanitaria. Finalmente, estas misiones generales se completan con aquéllas relacionadas con la preservación de la seguridad y bienestar de los ciudadanos en los supuestos de grave riesgo, catástrofe, calamidad u otras necesidades públicas, conforme a lo establecido en la legislación vigente, así como con la posible evacuación de los residentes españoles en el extranjero, cuando circunstancias de inestabilidad en un país pongan en grave riesgo su vida o sus intereses. ⁽¹⁾

El cumplimiento de las misiones de las Fuerzas Armadas y el desarrollo de su contribución complementaria o subsidiaria de interés público, requieren realizar diferentes tipos de operaciones, tanto en territorio nacional como en el exterior. Éstas pueden conducir a acciones de prevención de conflictos o disuasión, de mantenimiento de la paz, actuaciones en situaciones de crisis y, en su caso, de respuesta a la agresión. En particular, las operaciones pueden consistir en: la vigilancia de los espacios marítimos, como contribución a la acción del Estado en la mar, la vigilancia del espacio aéreo y el control del espacio aéreo de soberanía nacional y aquellas otras actividades destinadas a garantizar la soberanía e independencia de España, así como a proteger la vida de su población y sus intereses. ⁽¹⁾

La colaboración en operaciones de mantenimiento de la paz y estabilización internacionales en aquellas zonas donde se vean afectadas, la reconstrucción de la seguridad y la administración, así como la rehabilitación de un país, región o zona determinada, conforme a los tratados y compromisos establecidos. El apoyo a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, en la lucha contra el terrorismo, así como a las instituciones y organismos responsables de los servicios de rescate terrestre, marítimo y aéreo, en las tareas de búsqueda y salvamento. La respuesta militar contra agresiones que se realicen utilizando aeronaves con fines terroristas que pongan en peligro la vida de la población y sus intereses. La participación con otros organismos nacionales e internacionales para preservar la seguridad y el bienestar de los ciudadanos españoles en el extranjero, de conformidad con los criterios de coordinación y de asignación de responsabilidades que se establezcan. ⁽¹⁾

PLANIFICACIÓN DE LAS OPERACIONES

El planeamiento de las operaciones militares es un proceso continuo que se inicia en el nivel político y continúa en el nivel estratégico militar, en el operacional y en el táctico. Su finalidad es que las operaciones militares constituyan un todo coherente orientado a una meta común: el cumplimiento de la misión asignada. ⁽¹⁾

En este proceso participan los poderes políticos (de acuerdo con las responsabilidades establecidas en la Ley Orgánica 5/2005 de la Defensa Nacional). Dicha norma establece las condiciones requeridas para ordenar operaciones en el exterior, así como aquellos supuestos que requerirán una autorización del Congreso de los Diputados. ⁽¹⁾

Una vez decidida la participación nacional en una operación, JEMAD inicia el planeamiento militar de nivel estratégico, que supondrá la guía para que el comandante del Mando de Operaciones desarrolle el planeamiento militar de nivel operacional. Este último normalmente requerirá la constitución de una Fuerza Conjunta (con unidades del Ejército de Tierra, Armada y Ejército del Aire). ⁽¹⁾

El planeamiento operativo está regulado por medio de una serie de Directivas emitidas por el JEMAD, que establecen tanto los procedimientos generales de planeamiento para todas las operaciones como los específicos que requieran cada una de ellas. Estas Directivas normalizan, en la medida de lo posible, los procedimientos de planeamiento nacionales con los establecidos por las organizaciones de seguridad y defensa a las que España pertenece. Durante el planeamiento operativo se diseñará la entidad y composición de la Fuerza que deberá asignarse a esa operación. Las unidades que conforman la fuerza diseñada procederán de la estructura orgánica de los Ejércitos y la Armada y, por medio de un sistema de transferencia de autoridad, serán asignadas a la estructura operativa para, bajo el Mando del JEMAD, realizar la operación de que se trate, reintegrándose a la estructura orgánica una vez finalizada la ejecución de la operación. ⁽¹⁾

En las operaciones multinacionales, los procesos son similares y, previamente a su inicio, se requiere la aprobación política de los órganos de gobierno de la organización de seguridad y defensa de que se trate (por ejemplo, el Consejo Atlántico

INTRODUCCIÓN

en la OTAN) para, posteriormente, acudir a las naciones para que éstas decidan la participación de sus tropas formando contingentes. ⁽¹⁾

Las autoridades nacionales (Consejo de Ministros o Congreso de los Diputados en el caso de España) son las que autorizan la participación de nuestras unidades en dicha operación. Una vez aprobada ésta, las autoridades militares de dicha organización multinacional iniciarán el planeamiento militar que implicará, entre otras cosas, la designación del Cuartel General Estratégico (Mando Aliado para Operaciones en la OTAN) que asumirá el planeamiento a ese nivel, y que apoyará a la persona que se designe comandante de la Operación. Este Cuartel General estratégico procederá a definir y concretar en detalle las unidades que compondrán las fuerzas asignadas a esa operación. El paso siguiente consistirá en que las naciones ofrezcan unidades para participar de acuerdo con el esquema de necesidades preparado por las autoridades militares. En paralelo a este proceso de planeamiento de fuerzas se realiza el planeamiento operativo, que incluye, entre otras cosas, la regulación del uso de la fuerza en la operación por medio de la aplicación de unas Reglas de Enfrentamiento (ROE) específicas para cada operación. Estas ROE surgen de un catálogo genérico preparado con anterioridad y contienen un triple mensaje: el control político del uso de la fuerza, la legalidad de la regulación y, por último, el establecimiento de la responsabilidad que cada escalón de la estructura operativa tendrá en la toma de decisiones dentro de este ámbito. Finalmente, los planes son aprobados por la organización internacional y aceptados por las naciones con las limitaciones que se crea conveniente en cada caso, para que se inicie la operación a continuación. ⁽¹⁾

Para planear y conducir las operaciones militares, así como para apoyar al JEMAD en el desarrollo del resto de sus cometidos, el Estado Mayor de la Defensa (EMAD) se organiza de la siguiente manera: Cuartel General del Estado Mayor de la Defensa, denominación bajo la que se agrupan: o Estado Mayor Conjunto de la Defensa o Centro de Inteligencia de las Fuerzas Armadas o Órganos de Asistencia, Asesoramiento y Auxiliares, Mando de Operaciones, Los servicios unificados que se creen. También depende orgánicamente del JEMAD el Centro Superior de Estudios de la Defensa Nacional. ⁽¹⁾

COMPROMISOS INTERNACIONALES

Una gran parte de la actividad del Jefe de Estado Mayor de la Defensa (JEMAD) deriva de su condición de asesor militar del Gobierno, en su actuación como máximo representante de las Fuerzas Armadas en el campo internacional/multinacional, en el que, asiduamente, se toman posturas que originan compromisos y acuerdos nacionales en el nivel militar. ⁽¹⁾

El RD 787/2007 regula la estructura operativa de las Fuerzas Armadas, en su artículo 5, se le asigna al JEMAD dirigir la participación militar española en el planeamiento militar aliado y multinacional de nivel estratégico, así como con los mandos militares de naciones aliadas u organizaciones internacionales, en el planeamiento y ejecución de las operaciones militares y ejercicios, entre otros cometidos. Todo ello lleva implícito la realización de una serie de acciones que, bajo la responsabilidad del JEMAD, se desarrollan en el ámbito de las actuales relaciones militares multilaterales y bilaterales, entre las que destacan: fijar los criterios, prioridades y objetivos para la de cooperación militar. ⁽¹⁾

Referencia del consejo de ministros (Madrid, viernes 22 de diciembre de 2017) prorrogada hasta el 31 de diciembre de 2018 la participación de unidades y observadores militares españoles en operaciones en el exterior

El Consejo de Ministros ha autorizado la prórroga hasta el 31 de diciembre de 2018 de la participación de las Fuerzas Armadas Españolas en operaciones en el exterior para el ejercicio de 2018, así como el refuerzo puntual en los casos que corresponda o porque se asigne a España el mando o determinados cometidos de una misión. ⁽²⁾

Todas las participaciones se realizan de conformidad con las Resoluciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas aplicables y en consonancia con los compromisos adquiridos por España, tanto con sus socios de la Unión Europea y aliados de la OTAN, como con la propia Comunidad Internacional representada por el Consejo de Seguridad de Naciones Unidas. ⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

OPERACIONES DE LA UNIÓN EUROPEA

En el marco de las operaciones de la Unión Europea, actualmente la participación española se establecerá de la siguiente manera:

Mantenimiento de la Operación "EUFOR ALTHEA", en Bosnia y Herzegovina, con un número de efectivos muy reducido (cinco personas), en coherencia con la evolución de la situación de seguridad. ⁽²⁾

En Mali, y siempre dentro del mandato y cometidos ya autorizados por las Cortes Generales, que no sufren variación alguna (estos cometidos son los de participación en los cuarteles generales de la misión, labores de adiestramiento, protección de la fuerza y despliegue de las unidades de apoyo necesarias para una progresiva descentralización del adiestramiento), se prevé que la rotación de responsabilidades entre los distintos contingentes suponga temporalmente en 2018 un mayor papel de España. Habrá un incremento temporal de los efectivos desplegados en EUTM Mali mayor de lo habitual, debido a la confluencia de tres factores: el primero, la asunción del mando de la Fuerza desde el 31 de enero hasta finales de noviembre; proporcionar el mando y la Fuerza de Protección, cometido que España y Bélgica se turnan y que debe asumirse ahora; y, la necesidad de un adiestramiento menos centralizado, en consonancia con la decisión de la Unión Europea que obliga a un incremento en los esfuerzos logísticos y de protección. De todo ello, se motiva un incremento temporal desde 140 hasta 292 efectivos que será solicitado al Congreso de los Diputados. ⁽²⁾

En la República Centroafricana, con veinticinco efectivos, tras la finalización del período en que el Eurocuerpo ha ejercido el papel de organización marco de "EUTM RCA", bajo mando español, Portugal tomará el relevo y España disminuirá su participación, si bien se mantendrá el apoyo español cubriendo con expertos nacionales determinados puestos. ⁽²⁾

En apoyo logístico de estas operaciones de la Unión Europea en África, de las misiones de Naciones Unidas en Mali (MINUSMA) y la República Centroafricana (MINUSCA), y las operaciones francesas, así como, en su caso, de la futura fuerza G-5 en los países occidentales del Sahel, Mauritania y Mali, se pretenden mantener en su nivel actual cincuenta efectivos en cada caso, los despliegues de los destacamentos del Ejército del Aire en Senegal y Gabón, como muestra de la colaboración española en la

INTRODUCCIÓN

lucha contra el terrorismo en el Sahel y África Central, y como vía de fortalecimiento de nuestras relaciones bilaterales con Francia y los países de la zona. ⁽²⁾

En cuanto a la lucha contra la piratería que la Unión Europea lleva a cabo en el Océano Índico noroccidental y en el Cuerno de África, se pretende continuar la participación en la Operación "EUNAVFOR ATALANTA"; en niveles similares a los actuales: 375 efectivos. ⁽²⁾

En el mismo contexto de lucha contra la piratería, pero en tierra firme, continuará la participación con veintitrés efectivos en la Misión de Adiestramiento de las Fuerzas de Seguridad Somalíes "EUTM Somalia". ⁽²⁾

En el Mediterráneo, España ha demostrado su compromiso en la lucha contra las mafias de tráfico de migrantes procedentes de Libia, y participa permanentemente en la Operación "EUNAVFOR MED SOPHIA"; desde su inicio en 2015. Desde entonces, se ha contribuido a salvar más de 41.000 migrantes, de ellos 6.185 mujeres, 2.854 niños y 27 recién nacidos. Además, la Operación contribuye al embargo de armas, a la recogida de información, a la lucha contra otros tráficos ilícitos y a la formación de Guardacostas libios. Durante 2018 se prevé mantener el actual nivel de participación de 250 efectivos, con un buque de la Armada y un avión de vigilancia o patrulla marítima del Ejército del Aire, así como contribuir a la formación de efectivos de los Guardacostas libios. ⁽²⁾

Respecto a la capacidad de reacción rápida de la Unión Europea, los Grupos de Combate, España se comprometió con sus socios a liderar un Battle Group (EUBG) como nación marco cada tres años. España ha liderado EUBGs en 2006, 2008, 2010, 2014 y 2017, y para el año 2018 está prevista la asignación, preparación y certificación del EUBG 2019/1. ⁽²⁾

OPERACIONES DE LA ALIANZA ATLÁNTICA (OTAN)

En cuanto a la contribución actual a las misiones de la Alianza Atlántica, la situación en el flanco Este de Europa, por una parte, y la lucha contra el DAESH y otras organizaciones terroristas, por otra, así como la defensa contra riesgos de naturaleza más difusa, como los del ciberespacio u otros de naturaleza híbrida, han llevado a la

INTRODUCCIÓN

OTAN a poner en marcha en la Cumbre de Varsovia una respuesta concertada, firme y adaptada a los retos de seguridad de la Alianza en 360º. Las misiones en las que estará presente España son las siguientes:

Con base en la Fuerza de Respuesta Reforzada de la OTAN (e-NRF) y en la Fuerza Conjunta de Muy Alta Disponibilidad (VJTF), como punta de lanza de la Alianza y cuya primera rotación fue liderada por España en 2016, la Alianza Atlántica decidió también desplegar cuatro batallones multinacionales en los tres países bálticos y en Polonia. Este despliegue, que se enmarca en la Presencia Avanzada Reforzada (e-FP), comenzó en junio de 2017. Desde ese momento, España contribuye al batallón liderado por Canadá en Letonia con una fuerza formada por un subgrupo táctico mecanizado, unidades de apoyo al combate y unidades de apoyo logístico al combate con algo más de 300 efectivos. Estos despliegues, que se prevé mantener en 2018, son una contribución a la disuasión y defensa dentro del espacio euroatlántico. ⁽²⁾

En el flanco Sur, dentro del Plan Permanente de Defensa Aérea "PERSISTENT EFFORT"; de la OTAN, y en respuesta a las solicitudes realizadas tanto por el Comandante Supremo Aliado Europeo o por sus siglas en inglés SACEUR, como los Estados Unidos y Turquía, se mantendrá desplegada una batería "PATRIOT" en Turquía, por un período de seis meses que puede prorrogarse dependiendo de la evolución de la situación. Asimismo, España continuará contribuyendo a la Operación OTAN de Policía Aérea en el Báltico ("BALTIC AIR POLICING") en Lituania u otro país Báltico. ⁽²⁾

En el Mediterráneo, España continuará participando en la operación de seguridad marítima "SEA GUARDIAN" de la OTAN, en estrecha colaboración con la Operación "EUNAVFOR MED SOPHIA". ⁽²⁾

En Afganistán, se prevé mantener la participación en la misión "RESOLUTE SUPPORT", con un ligero incremento de los efectivos desplegados en Kabul, en su aeropuerto internacional y en el cuartel general de la Operación, como resultado de la nueva estrategia para Afganistán y de la decisión de la Alianza de potenciar moderadamente la aportación a "RESOLUTE SUPPORT". Los efectivos españoles, que vienen contribuyendo en Cuarteles Generales en Kabul a las tareas de Estado Mayor, atenderán también labores de adiestramiento, asesoramiento y asistencia a los órganos logísticos nacionales afganos, al Mando Nacional Afgano de operaciones especiales y a un batallón (Kandak) de Operaciones Especiales, y prestarán protección y seguridad al personal desplegado. En total, habrá 95 efectivos frente a los 30 actuales. ⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

En cuanto al resto de compromisos y misiones permanentes de la Alianza en el espacio Euro-atlántico, España seguirá manteniendo unidades militares a disposición de las Fuerzas de Respuesta de la OTAN y de las Fuerzas Navales Permanentes aliadas (SNMG, de escoltas, y SNMCMG, de cazaminas), aportando buques de la Armada en diferentes periodos, con un esfuerzo similar al de 2017. ⁽²⁾

COALICIÓN CONTRA EL DAESH

La participación española en la "Coalición Internacional contra el DAESH" en Irak está centrada en la estabilización, la capacitación y la mejora de la integración de las Fuerzas Armadas y de Seguridad iraquíes. En este contexto, España mantendrá su compromiso con este esfuerzo internacional y potenciará su liderazgo de la Base de Bismayah, para lo cual reestructurará y reforzará ligeramente su contribución, ampliándola en unos treinta efectivos, hasta los 480 totales, para atender a la reconfiguración de cometidos y mejorar la capacidad de protección y movilidad. ⁽²⁾

NACIONES UNIDAS (ONU)

En el ámbito de las Operaciones de Mantenimiento de la Paz de las Naciones Unidas, se continuará con la participación, que data ya de 2006, en la Misión "UNIFIL" en el Líbano. En este caso, se ofrecerá nuevamente un candidato español al Mando de esa misión si se nos solicita por Naciones Unidas. De ser aceptado, se incrementarían durante el periodo 2018-2020 los efectivos actuales, hasta los 750, sin sobrepasar los niveles máximos autorizados por las Cortes (1.100), para proporcionar, como se hizo durante el anterior período de mando español, tanto las capacidades inherentes al mando como, si fuese solicitado por el Departamento de Misiones de Paz de Naciones Unidas, el despliegue ocasional de un buque ligero de la Armada para el componente marítimo de "UNIFIL". En ese caso se llegaría hasta los 840 efectivos. ⁽²⁾

Igualmente, en el marco de Naciones Unidas, se seguirán aportando observadores al proceso de paz de Colombia. ⁽²⁾

INTRODUCCIÓN

Por último, en relación con la Unidad Militar de Emergencias, recientemente ha autorizado su despliegue en el exterior ante situaciones de grave riesgo, catástrofes, calamidad u otras necesidades, cuando sea requerida su intervención bien en el marco bilateral o formando parte del Mecanismo de Protección Civil de la Unión Europea. Además, se autoriza el despliegue de un máximo de cincuenta observadores/monitores militares, oficiales militares de enlace y asesores militares para contribuir a determinadas misiones de ayuda humanitaria, operaciones de paz y gestión de crisis que realicen aquellas organizaciones militares a las que España pertenece.⁽²⁾

LA COOPERACIÓN MILITAR

Cooperación militar es el conjunto de actividades, distintas de las operaciones militares, llevadas a cabo por las Fuerzas Armadas, con medios militares, en apoyo de la acción exterior del Estado. En concreto, la cooperación militar contribuye a reforzar las relaciones con las Fuerzas Armadas de aquellos países con los que compartimos intereses comunes, para encontrar soluciones bilaterales o multilaterales, a través de la unificación de esfuerzos, y a colaborar en el fortalecimiento de las relaciones pacíficas. La cooperación militar debe facilitar la formación de capacidades operativas conjuntas en el campo multinacional y se basa en la comunicación, la coordinación y la convergencia de esfuerzos. Además de esta finalidad general, la cooperación militar estará orientada, dependiendo de las naciones con las que establecen relaciones, bien a alcanzar un mayor grado de interoperabilidad a nivel militar, o bien a conseguir una proyección de estabilidad que contribuyan a disminuir potenciales situaciones de confusión o falta de entendimiento. En cualquier caso, se deberá tener siempre presente que, la cooperación llevada a cabo con medios militares está enmarcada en un concepto más amplio de cooperación en el ámbito de la Defensa, que, a su vez, complementa la acción exterior del Estado en el ámbito de la Seguridad y Defensa.⁽¹⁾

ESPAÑA EN LAS RELACIONES MILITARES MULTILATERALES (RRMM).

La pertenencia de nuestro país a numerosas organizaciones, fuerzas e iniciativas multinacionales de seguridad y defensa obliga a participar tanto a nivel de fuerzas como en los órganos de decisión. Aunque la interacción con las organizaciones de seguridad y defensa, al ser éstas un actor más en las relaciones internacionales es diferente de la que se mantiene con las fuerzas e iniciativas multinacionales, los procedimientos utilizados para la cooperación militar serán básicamente los mismos, quedando por ello englobadas dentro de las RRMM. ⁽¹⁾

En concreto, las Fuerzas Armadas españolas mantienen relaciones de carácter multilateral en las siguientes organizaciones:

EN LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU)

Al final de la II Guerra Mundial España, exhausta política y económicamente, acaba aislada por los Aliados que le cierran la entrada a la mayor organización mundial de países, teniendo que esperar hasta el 14 de diciembre de 1955, en plena guerra fría, para formar parte de la Organización de Naciones Unidas. España se convierte así en el miembro número 65. ⁽³⁾

Su reconocimiento en la esfera internacional ha permitido a España convertirse por quinta vez en Miembro No Permanente del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas desde el 1 de enero de 2015 hasta el 31 de diciembre de 2016. ⁽³⁾

España sigue siendo el sexto contribuyente mundial al sistema de Naciones Unidas – incluyendo contribuciones obligatorias y voluntarias- y el noveno contribuyente al presupuesto ordinario de la organización. ⁽³⁾

Más de 120.000 tropas españolas han servido bajo el mandato de Naciones Unidas como cascos azules en operaciones de mantenimiento de la paz en los últimos años. ⁽³⁾

INTRODUCCIÓN

EN LA ORGANIZACIÓN DEL TRATADO DEL ATLÁNTICO NORTE (OTAN)

El proceso de incorporación de España a la Alianza Atlántica se inició tras el discurso de investidura del presidente del Gobierno, Leopoldo Calvo Sotelo, el 25 de febrero de 1981. El 2 de diciembre de 1981, España comunicó a la Alianza su intención formal de adherirse al Tratado de Washington y casi de forma automática recibió la invitación del Consejo del Atlántico Norte (CAN) para iniciar el proceso de adhesión. Así, el 30 de mayo de 1982, España se convirtió en el miembro número dieciséis de la Organización del Tratado del Atlántico Norte. ⁽⁴⁾

En el discurso sobre el Estado de la Nación de octubre de 1984, el presidente del Gobierno, Felipe González, presentó el Decálogo de Paz y Seguridad, que estableció las directrices políticas que el pueblo español debería ratificar por referéndum y que incluían: *la participación de España en la Alianza no conllevaría su incorporación a la estructura militar integrada y se mantendría la prohibición de instalar, almacenar o introducir armas nucleares en el territorio español.* ⁽⁴⁾

El referéndum del 12 de marzo de 1986 mostró el respaldo de los ciudadanos a esta propuesta con el 52,54 por ciento de los votos a favor. A partir de ese momento, España inició su participación en todos los comités, grupos de trabajo, agencias, presupuestos y planeamiento de la defensa de la OTAN, con excepción de la estructura militar integrada. ⁽⁴⁾

Las seis áreas básicas de coordinación entre los mandos principales de la OTAN y el JEMAD español, acordadas en la primera mitad de la década de los 90, fueron las siguientes: preservar la integridad del territorio español; defensa aérea de España y sus áreas adyacentes; defensa y control del Estrecho de Gibraltar y sus accesos; operaciones navales y aéreas en el Atlántico oriental; operaciones navales y aéreas en el Mediterráneo occidental; y provisión de territorio e instalaciones para recepción y tránsito de refuerzos y apoyo logístico, aéreo y marítimo. ⁽⁴⁾

En diciembre de 1995, Javier Solana Madariaga, Ministro de Asuntos Exteriores de España, fue elegido Secretario General de la Alianza, noveno en la historia de la OTAN y primer español que ostenta este cargo. Ese mismo mes, la OTAN decidió afrontar su primera operación militar terrestre fuera del área del Tratado de Washington,

INTRODUCCIÓN

con una misión de imposición de la paz en Bosnia-Herzegovina. España participó con una brigada mecanizada. ⁽⁴⁾

Casi un año más tarde, el 14 de noviembre de 1996, el Congreso de los Diputados, aprobó (con el 91,5 por 100 de los votos a favor), la autorización al Gobierno para que negociase el ingreso de España en la nueva Estructura de Mandos de la OTAN. Como consecuencia de esta autorización, el 3 de julio de 1997, el Gobierno español anunció su deseo de ubicar el futuro Cuartel General del Mando Subregional Sudoeste de la OTAN en el acuartelamiento de Retamares (Madrid). El Comunicado de la Cumbre de la Alianza, celebrada en Madrid ese mismo mes, recogió la aspiración española de la “plena participación” en la estructura militar integrada en fase de reforma. ⁽⁴⁾

En el mes de diciembre, el Consejo Atlántico aprobó la Estructura de Mandos de la OTAN. En ella, se establecía la sede del Cuartel General Subregional Conjunto del Sudoeste en Retamares (JRC SW) en Madrid, subordinado al Mando Regional Sur de la OTAN en Nápoles (Italia). El Cuartel General Subregional pasó a ser el órgano responsable del planeamiento de las operaciones de defensa colectiva en el área Sudoeste de Europa, incluidas las Islas Canarias, que coincide con el área de mayor interés estratégico de España. ⁽⁴⁾

Finalmente, España culminó su incorporación plena a la estructura militar integrada de la OTAN el 1 de enero de 1999. A partir de entonces, se produjo la incorporación progresiva de generales, oficiales y suboficiales españoles al resto de cuarteles generales de la estructura de mandos de la OTAN. ⁽⁴⁾

En julio de 2004, el Cuartel General Subregional Conjunto Sudoeste se transformó en el Mando Componente Terrestre (LCC) con sede en Retamares, dependiendo del Mando de Fuerzas Conjuntas de la OTAN (Nápoles), con la misión de desplegar y conducir operaciones terrestres de todo tipo, incluyendo la de participar como Mando Componente Terrestre de una Fuerza Conjunta en operaciones de gran envergadura, denominadas por la OTAN “MAJOR JOINT OPERATIONS”. ⁽⁴⁾

Como fruto de las decisiones acordadas en la Cumbre de Lisboa de noviembre de 2010, la OTAN emprendió una nueva reforma de la estructura de mandos, diseñada para ser más efectiva, más fácilmente desplegable, más reducida y racional en cuanto a su coste. En la reunión de junio de 2011, los ministros de Defensa acordaron la

INTRODUCCIÓN

localización geográfica de las entidades de la nueva estructura aliada, desapareciendo la necesidad de los Cuarteles Generales de Fuerzas. ⁽⁴⁾

En las trece primeras rotaciones semestrales de la Fuerza de Respuesta, España ha participado con más de 20.000 efectivos en esta Unidad. Además, ha sido el país que ha liderado su primera y única intervención, realizada con ocasión de la misión de apoyo humanitario tras el terremoto sufrido por Pakistán en 2005. ⁽⁴⁾

Respecto a las misiones OTAN, España ha contribuido en el pasado con tropas a las misiones de Implementación y Estabilización (IFOR y SFOR), en Bosnia-Herzegovina, a la Fuerza multinacional de Kosovo (KFOR) y a la Operación "UNIFIED PROTECTOR" en Libia. ⁽⁴⁾

EN LA UNIÓN EUROPEA (UE)

El Gobierno del presidente Adolfo Suárez solicitó, el 26 de julio de 1977, la adhesión a la CEE (hoy Unión Europea). Esta aspiración española se vio satisfecha ocho años después el 12 de junio de 1985 con la firma del Tratado de Adhesión en Madrid y la integración efectiva en la Comunidad Económica el 1 de enero de 1986. ⁽⁵⁾

España ha desarrollado un papel activo en la construcción del proyecto europeo implicándose en la negociación de los tratados de Ámsterdam (1997), Niza (2001), el fallido Tratado Constitucional (2004) y Lisboa (2009). Del mismo modo, ha venido contribuyendo al desarrollo de políticas con aportaciones sostenidas en ámbitos tan diversos como ciudadanía, política de cohesión, diversidad cultural y lingüística, cooperación judicial o lucha contra el terrorismo, así como llevando su impronta a las relaciones exteriores, especialmente en lo referente a la política orientada hacia Latinoamérica y la ribera sur del Mediterráneo. ⁽⁵⁾

INTRODUCCIÓN

EN LA ORGANIZACIÓN PARA LA SEGURIDAD Y COOPERACIÓN EN EUROPA (OSCE).

España es uno de los países fundadores de la Organización de Seguridad y Cooperación en Europa. Desde sus orígenes en 1973, España ha formado parte de la entonces denominada “Conferencia para la Seguridad y la Cooperación en Europa” (CSCE), y cuando ésta se convirtió en Organización, el año 1994, se creó una representación permanente en Viena. ⁽⁶⁾

Entre las prioridades de España, en las que ha tenido posiciones señeras, se encuentra la lucha contra el terrorismo y la dignificación de sus víctimas, la promoción de los derechos humanos, el fortalecimiento de las instituciones democráticas y las políticas medioambientales. ⁽⁶⁾

España participa activamente en las siguientes Fuerzas o iniciativas multinacionales: Cuerpo de Ejército Europeo (EUROCUERPO), Eurofuerza Operativa Rápida (EUROFOR), Fuerza Marítima Europea (EUROMARFOR), Brigada de Alta Disponibilidad para misiones de Naciones Unidas (Standby High Readiness Brigade, SHIRBRIG), Fuerza Anfibia Hispano Italiana (Spanish Italian Amphibious Force, SIAF), Iniciativa Anfibia Europea (IAE), Grupo aéreo europeo (European Air Group, EAG).

LAS MISIONES INTERNACIONALES DE LAS FUERZAS ARMADAS ESPAÑOLAS CONTENIDAS DENTRO DEL PERIODO 2007-2017

Desde 1989, las Fuerzas Armadas Españolas han participado en más de cuarenta misiones en el exterior, incluyendo operaciones de interposición, de ayuda humanitaria, misiones de observadores o misiones de apoyo a la paz. Dichas misiones se han llevado a cabo en el ámbito nacional o junto a nuestros aliados, ya sea de forma multilateral o a través de las organizaciones internacionales de seguridad y defensa.

Hemos querido abarcar 10 años de misiones con el fin de valorar un número importante de operaciones, evacuados y de años de misión para con ello poder identificar si existe relación entre las variables a estudio y las distintas evacuaciones que se han realizado. Asimismo, queremos reflejar en nuestro estudio algo que no se había

INTRODUCCIÓN

realizado hasta el momento, se valora un periodo muy extenso, sin excluir patologías por su etiología y abarcando todas las zonas de operaciones activas en ese momento.

Para poder llegar a los objetivos y estudiar de forma neutral las variables, debemos ver como el Ministerio de Defensa (MINISDEF) describe las misiones englobadas en esta investigación, durante el periodo de estudio las operaciones militares en las que ha estado implicadas nuestras Fuerzas Armadas son las siguientes:



Con formato: Mayúsculas

Con formato: Mayúsculas

Con formato: Mayúsculas

Con formato: Mayúsculas

Con formato: Mayúsculas

Con formato: Mayúsculas

ILUSTRACIÓN 1 ~~IMAGEN QUE MUESTRA LA~~ CRONOLOGÍA DE LAS MISIONES INTERNACIONALES ANTES, DURANTE Y DESPUESDESPUÉS DEL PERIODO DE ESTUDIO.
CREACIÓN DE LOS AUTORES, BASADOS EN LA INFORMACIÓN DETALLADA EN LA PÁGINA DEL MINISDEF.

OPERACIÓN “ACTIVE ENDEAVOUR”

La Operación “ACTIVE ENDEAVOUR” (OAE) es la respuesta de la OTAN a los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 y la subsiguiente invocación del Artículo 5 del Tratado de Washington por parte del Consejo del Atlántico Norte. Después de un primer despliegue de las fuerzas Navales Permanentes de la OTAN en el Mediterráneo Oriental, en octubre de 2001 se aprobó el Plan de Operaciones correspondiente a la OAE. ⁽¹⁾

La OAE pretende contribuir a la disuasión, defensa y protección frente a las actividades terroristas en el Mediterráneo y asegurar el tránsito libre y seguro de los buques no combatientes por sus aguas: en definitiva, asegurar que el Mar Mediterráneo no sea utilizado con fines terroristas por organizaciones o grupos internacionales. La operación se materializa mediante actividades de Fuerzas Aeronavales de la Alianza, dedicadas al control de determinados buques mercantes y a la escolta directa de buques aliados no combatientes, en los períodos de tiempo y zonas geográficas que se determinen, en función de la amenaza existente en cada momento. La participación española en la operación se realiza aportando medios aeronavales como fragatas, submarinos, patrulleros y aviones de patrulla marítima, con carácter no permanente, a las agrupaciones asignadas a la operación, que se realiza bajo el mando del comandante del Componente Marítimo de la Alianza con sede en Nápoles (MCC Nápoles), dependiente del Mando Supremo Aliado en Europa (SACEUR). Cuando las operaciones se realizan en el Estrecho de Gibraltar, el mando de la Agrupación Naval de la Alianza que opera en estas aguas es asumido por un Capitán de Navío de la Armada, que actúa bajo el control operacional del MCC Nápoles. ⁽¹⁾

La operación está respaldada, asimismo, por una resolución del Consejo de Seguridad de la ONU.

El 26 de octubre del año 2001 inicia la operación, en 2003 la operación se amplía al Mediterráneo occidental, y España pasa a liderar la CTJ-441, encargada de proteger a los buques civiles de la Alianza en su tránsito por el Estrecho de Gibraltar; en 2004 el área de operaciones se extiende a todo el Mediterráneo, Se suspenden las escoltas en el Estrecho de Gibraltar, la participación de unidades navales en la operación se amplía a países no-OTAN; En 2010 la OTAN aprueba el concepto network, que permite abandonar la presencia permanente de buques en la mar, para emplearlos con carácter selectivo, en base a la información de inteligencia de que se disponga sobre contactos

INTRODUCCIÓN

de interés; en 2013 como consecuencia de la reestructuración de los Mandos de la Alianza, la operación, dirigida hasta entonces desde el Cuartel General del Mando Marítimo de Nápoles, pasa al de Northwood. ⁽⁷⁾

OPERATION OCEAN SHIELD

La Operación 'OCEAN SHIELD' es la contribución de la OTAN en la lucha contra la piratería en el golfo de Adén y el Cuerno de África. La OTAN ha proporcionado protección a buques y ha impedido y desbaratado ataques piratas en la zona desde 2.008, ayudando a aumentar el nivel general de seguridad en la región. La flota de barcos está en rotación y dirigida por un Mando (leadership) designado. El papel de leadership se rota entre los distintos países implicados en la operación. España aporta una fragata tipo F-100 y participa con oficiales integrados en el Estado Mayor del Mando Marítimo de Northwood y otros oficiales de refuerzo en las agrupaciones navales permanentes (SNMG). ⁽¹⁾

Se desarrolla en estrecha colaboración con las agrupaciones multinacionales de la Unión Europea -operación Atalanta-, de la Combined Maritime Force 151 liderada por los Estados Unidos, así como con otros países que operan en la zona en defensa de sus intereses nacionales. ⁽⁸⁾

La Armada española lideró la operación entre mediados de marzo y junio de 2014 bajo el mando del contralmirante Eugenio Díaz del Río, quien ejercía en ese momento como comandante de la SNMG-2. ⁽⁸⁾

La agrupación naval estaba compuesta por las fragatas F-105 Cristóbal Colón – buque insignia de la flota-, la holandesa Evertsen y la turca Gokceada y por el destructor italiano Mimbelli. ⁽⁸⁾

Inicialmente, el despliegue aliado tenía como objetivo la protección y escolta de los buques del Programa Mundial de Alimentos de la ONU. El despliegue se llevó a cabo en lo que se conoció como operación Allied Provider, que posteriormente se transformó en Allied Protector. ⁽⁸⁾

INTRODUCCIÓN

En agosto de 2009 el Consejo aprobó el lanzamiento de la operación OCEAN SHIELD, ampliando las misiones a la protección del tráfico marítimo en el Golfo de Adén y la Cuenca de Somalia. ⁽⁸⁾

OPERACIÓN ISAF / RESOLUTE SUPPORT AFGANISTÁN

Creada para apoyar al Gobierno de Afganistán, la ISAF (Fuerza de Asistencia Internacional de Seguridad, Afganistán) ha contribuido a la estabilidad y el desarrollo socioeconómico del país, combatiendo la insurgencia y colaborando en el desarrollo de las fuerzas de seguridad afganas. Por Acuerdo del Consejo de Ministros de 27 de diciembre de 2001, el Gobierno de España autorizó la participación de unidades militares españolas en ISAF y el 25 de enero de 2002 se inició el despliegue de una Agrupación en Kabul, denominada ASPFOR I. El contingente, que llegó a alcanzar los 1.400 efectivos, se repartió principalmente entre las provincias de Badghis y Herat, ambas en el mando regional oeste. A partir de 2012 se inició la reducción progresiva de efectivos y el repliegue de unidades, con el objetivo de devolver la responsabilidad en materia de seguridad a las autoridades afganas. ⁽¹⁾

La Misión “RESOLUTE SUPPORT” sustituye desde el 1 de enero de 2015 a la misión ISAF. ⁽⁹⁾

Desde hace más de trece años España participa en las fuerzas de la OTAN que han luchado contra la insurgencia y ayudado a la reconstrucción del país.

La OTAN desarrolla en Afganistán la misión RESOLUTE SUPPORT (Apoyo Decidido). Su objetivo de asistir, entrenar y asesorar a las instituciones afganas. Una tarea en la que están implicados alrededor de 13.000 militares de 42 países. ⁽⁹⁾

España colabora con 25 militares desplegados el Cuartel General de Kabul. ⁽⁹⁾

Desde el primer momento, España se involucró junto a sus aliados en la pacificación y reconstrucción de Afganistán. Una operación en la que nuestras Fuerzas Armadas han realizado aproximadamente 28.000 patrullas, recorrido tres millones de kilómetros y efectuado más de 1.400 misiones de desactivación de explosivos. En Afganistán se han dejado la vida 102 militares, en accidentes o atentados. ⁽⁹⁾

INTRODUCCIÓN

Inicialmente participó en la operación Libertad Duradera, con apoyo médico, aviones de transporte, buques y helicópteros. La mayor aportación de nuestro país, sin embargo, se produjo en el marco de la ISAF. Los primeros 350 militares fueron enviados a Kabul y tres años más tarde, asumió el mando de la base de Herat, donde puso en marcha un hospital de campaña ROLE 2E, y se hizo cargo del equipo de reconstrucción provincial en Qala-i-Naw. ⁽⁹⁾

Un día después de los atentados del 11 de septiembre en Nueva York y Washington, el Consejo Atlántico evocó por primera vez en la historia de la OTAN el Artículo 5 del Tratado, que supone la respuesta de todos los socios ante un ataque contra uno de ellos. Fue el apoyo de los aliados a la operación Libertad Duradera. ⁽⁹⁾

Casi al mismo tiempo, la ONU hizo un llamamiento a la comunidad internacional, a través de la Resolución 1378/2001, para prestar asistencia urgente a la población afgana. ⁽⁹⁾

La ISAF se fraguó en los Acuerdos de Bonn de 22 de diciembre de 2001. La participación de tropas españolas se acordó en Consejo de Ministros de 27 de diciembre de 2001. La contribución a RESOLUTE SUPPORT fue autorizada por el Congreso de los Diputados el 18 de diciembre de 2014. ⁽⁹⁾

Los ataques a las Torres Gemelas y el Pentágono por parte de la organización terrorista Al Qaeda fue el detonante de la intervención de las fuerzas internacionales en Afganistán. Un país donde no existía una estructura de Gobierno, sino jefes tribales, no había unas Fuerzas de Seguridad organizadas, sino milicias y donde los talibanes mantenían su poder sobre una población cada vez más desatendida y sometida. ⁽⁹⁾

Las fuerzas internacionales han trabajado duro para conseguir la paz y la estabilidad en la zona. Su misión ha ido adaptándose a lo largo de los años. En sus inicios velaban por la seguridad de la capital, Kabul, y posteriormente, extendieron su presencia por todo el territorio para acabar con la insurgencia, formar a las Fuerzas de Seguridad Afganas y apoyar a la reconstrucción de las infraestructuras provinciales. ⁽⁹⁾

Como apunte cronológico de interés se encuentran la llegada de los primeros 350 militares españoles a Kabul en 2002; el 11 de agosto del 2003 la OTAN asume el mando de la ISAF; España asume el mando de la base de Herat el 18 de mayo 2005 poniendo en marcha el hospital de campaña español ROLE 2E; el 19 de agosto las tropas españolas se hacen cargo del Equipo de reconstrucción provincial (PRT) de Qala-

INTRODUCCIÓN

i-Naw; en 2006 se completa el proceso de expansión de la OTAN que incluye todo el territorio afgano; en 2007 la ISAF y las nuevas fuerzas de seguridad afganas lanzan su primera gran operación conjunta contra la insurgencia en el sur del país; un año después España acuerda con el gobierno de Afganistán financiar y entrenar a una compañía del Ejército afgano y la construcción de un acuartelamiento en Qala-i-Naw, en 2009 España asume la dirección y gestión del aeropuerto de Kabul, en julio del 2010 inaugura la base Ruy González de Clavijo, en Qala-i-Naw, en 2012 España cede la seguridad a las fuerzas afganas en Qala-i-Naw, en noviembre España transfiere la responsabilidad de la seguridad de Badghis e inicia el repliegue de las tropas españolas, en febrero del 2013 entrega de las bases Bernardo de Gálvez II en Ludina y Rickets en Moqur, en septiembre transfiere la base Ruy González de Clavijo, siendo en octubre del 2015 la entrega de la última bandera en Herat. ⁽⁹⁾

OPERACIÓN “CHARLIE SIERRA – ALTHEA” EN BOSNIA HERZEGOVINA

Es la primera misión en el exterior con despliegue de contingentes operativos de cascos azules. ⁽¹⁰⁾

La operación militar ALTHEA en Bosnia-Herzegovina (BiH) fue lanzada en diciembre de 2004 como consecuencia de la decisión de la OTAN de concluir su operación SFOR y de la adopción de la resolución 1575 del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, que autorizaba el despliegue de fuerzas de la Unión Europea en ese país. En el marco de la operación ALTHEA, desarrollada al amparo del Capítulo VII de la Carta de Naciones Unidas, la UE desplegó una fuerza de 7000 efectivos - denominada EUFOR - para asegurar la continuidad del cumplimiento de los Acuerdos de Dayton y París de 1995 y para contribuir al mantenimiento de un entorno seguro y estable en BiH. ⁽¹⁾

Los objetivos principales de la Operación ALTHEA son: mantener un entorno seguro y estable en BiH que asegure el Marco General de los Acuerdos de Paz (General Framework Agreement for Peace – GFAP / Acuerdos de Dayton y París), apoyar al Alto representante de la comunidad Internacional/representante Especial de la UE para BiH y a las autoridades locales en la lucha contra el crimen organizado. Asimismo, EUFOR proporciona apoyo al Tribunal Criminal Internacional para Yugoslavia y a las autoridades del país en la persecución de criminales de guerra. En diciembre de 2006, el Consejo

INTRODUCCIÓN

Europeo aprobó una nueva estructura para EUFOR que comenzó a implantarse el 27 de febrero de 2007 y finalizó con la adquisición de su capacidad operativa a finales del mes de abril. Esta nueva estructura, supone una reducción del tamaño de EUFOR de 6300 a 2500 efectivos, de los cuales España aporta 272, habiéndose convertido, de esta manera, en el primer país contribuyente de fuerzas en el teatro de operaciones. ⁽¹⁾

La nueva estructura de la misión dispone de un conjunto de Centros Regionales de Coordinación (RCC) y de una serie de Equipos de Observación y Enlace (LOT), cuya función principal es efectuar el seguimiento de la situación a través de su integración directa con la población. España aporta efectivos para el RCC de Mostar y para cuatro equipos LOT. Asimismo, existe un batallón multinacional, cuyos efectivos se concentran en Sarajevo (al que España aporta una compañía y una sección de reconocimiento) y cuyas unidades se centran en la preparación y el reconocimiento, debiendo ser capaces de actuar en cualquier parte del país. ⁽¹⁾

Más de 46.000 militares españoles han participado desde 1992 en las sucesivas misiones en Bosnia-Herzegovina, primero de la ONU y después de la OTAN y la UE. De ellos, 23 fallecieron. Actualmente se mantiene una representación de cuatro militares en el Cuartel General de EUFOR ALTHEA, en Sarajevo. El primer contingente, que se integró en la Fuerza de Protección de Naciones Unidas (UNPROFOR), con la doble misión de vigilar el cumplimiento de los acuerdos de paz conseguidos hasta ese momento y de proteger los convoyes de ayuda humanitaria. ⁽¹⁰⁾

Los militares españoles destinados en Sarajevo colaboran en el desarrollo de las Fuerzas Armadas de Bosnia-Herzegovina, para lograr que tengan capacidades y cualidades equiparables a las de los países de la OTAN. ⁽¹⁰⁾

A finales de ese año se encarnizó el enfrentamiento entre los serbios y la coalición de croatas y musulmanes que pugnaban por el control de Bosnia-Herzegovina, y a principios de 1993 los croatas y musulmanes, hasta entonces aliados, pasaron a combatir entre ellos. En abril, la guerra se extendió al sector asignado a las fuerzas españolas en el valle de Neretva, principalmente Mostar, donde se registraron los combates más violentos. ⁽¹⁰⁾

Tras la firma en París –14 de diciembre de 1995– de los Acuerdos de Dayton, que pusieron fin a la guerra, la OTAN lanzó la misión IFOR, que reemplazaba a los cascos azules; y un año después, el 20 de diciembre de 1996, la SFOR, más reducida. El 2 de diciembre de 2004 la SFOR dio paso a la EUFOR, operación militar de la UE,

INTRODUCCIÓN

que el 25 de octubre de 2010 se transformó en una misión de entrenamiento y asesoramiento a las Fuerzas Armadas de Bosnia-Herzegovina.⁽¹⁰⁾

OPERACIÓN “LIBRE HIDALGO” UNIFIL.

La presencia de tropas de la ONU en la frontera de El Líbano con Israel se remonta a 1978. la situación se mantuvo tranquila hasta julio de 2006 cuando comenzaron nuevas hostilidades entre los dos países.⁽¹¹⁾

A raíz de este conflicto, que ocasionó numerosas víctimas y un número elevado de civiles desplazados, el Gobierno español mostró, desde el primer momento, su disposición a aportar fuerzas para la ampliación de la Fuerza Provisional de Naciones Unidas en el Líbano (UNIFIL), para continuar con el activo papel de España como impulsora del proceso de paz de Oriente Próximo. El Consejo de Seguridad de la ONU, por resolución 1701 de 11 de agosto de 2006, aumentó hasta 15.000 el número máximo de efectivos de UNIFIL, para vigilar el cese de las hostilidades y apoyar a las Fuerzas Armadas libanesas en su despliegue por el sur del país. Por su parte, el Gobierno del Líbano solicitó a la ONU la presencia de tropas internacionales en la zona próxima a su frontera con Israel, para ayudarle a extender la autoridad del Estado a todo su territorio, y solicitó también al presidente del Gobierno español la participación de España en UNIFIL.⁽¹⁾

La solicitud fue realizada al Congreso de los Diputados, por acuerdo del Consejo de Ministros del 1 de septiembre de 2006, por un número máximo de 1100 efectivos y por un período inicial de un año de duración, a partir de septiembre de 2006. El despliegue español se realizó en dos fases. En la primera, como respuesta inicial, una Unidad de Infantería de Marina de entidad Batallón, desplegó desde mediados de septiembre hasta el 1 de noviembre. En la segunda, la anterior unidad fue relevada por un Batallón de Infantería Mecanizada y sus correspondientes apoyos. Simultáneamente, España pasó a liderar el Sector Este, asumiendo el Mando de la Brigada Multinacional desplegada en este sector. Las misiones que realiza el contingente son de apoyo a la implementación de la Resolución 1701 del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas (CSNU), que incluye la vigilancia del cese de hostilidades, el apoyo a las Fuerzas Armadas libanesas en su despliegue por el sur de su territorio, asegurar el acceso

INTRODUCCIÓN

humanitario a la población civil y el regreso en condiciones de seguridad de las personas desplazadas. ⁽¹⁾

La misión de la ONU en El Líbano tiene entre sus cometidos vigilar el cese de hostilidades entre Hezbollah e Israel y acompañar y asistir a las Fuerzas Armadas libanesas en el sur del país y a lo largo de la Línea Azul. También garantizar el acceso humanitario a las poblaciones civiles y el regreso voluntario y seguro de las personas desplazadas. ⁽¹¹⁾

En la actualidad, forman parte de la misión 10.400 militares y 284 civiles de 29 países. Están desplegados en dos sectores, el Este y el Oeste, bajo mando español e italiano, respectivamente. También conforman una Fuerza de Reserva francesa. ⁽¹¹⁾

El contingente español que llegó a contar con un máximo de 1.100 militares se mantiene desde 2012 entre 600 y 700. ⁽¹¹⁾

El grueso del contingente en la operación Libre Hidalgo se encuentra en la base Miguel de Cervantes, cerca de la localidad de Marjayún donde está el Cuartel General del sector Este. También hay tropas españolas en el Cuartel General de la misión en Naqura. ⁽¹¹⁾

Además de los cometidos propios de la misión, los militares españoles han desminado más de 400.000 metros cuadrados de terreno, han formado en esta tarea a oficiales y suboficiales libaneses e impartido cursos de concienciación del peligro de estos artefactos a los escolares. El contingente también ofrece clases de español. ⁽¹¹⁾

Desde el inicio de la misión, han fallecido en El Líbano diez soldados españoles, el 24 de junio 2007 fallecen seis militares españoles en atentado terrorista; en enero del 2015 fallece un militar español como consecuencia de una acción de fuego entre Hezbolá e Israel. ⁽¹¹⁾

En la revisión estratégica que realizó la ONU de la misión en 2012, en la que se establecía que los objetivos de la misión estaban prácticamente consolidados, los efectivos se redujeron un 50%. ⁽¹¹⁾

En septiembre del 2016 Se cumplen 10 años de la misión española en UNIFIL. España reitera su compromiso con la misión. ⁽¹¹⁾

OPERACIÓN “SIERRA KILO – JOINT ENTERPRISE” EN KOSOVO

Por Resolución 1244 del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, de 10 de junio de 1999, se autorizó el despliegue de una fuerza multinacional liderada por la OTAN. En esta fuerza, denominada KFOR, Desde el 15 de mayo de 2006, fecha en que finalizó la transformación de KFOR, la unidad española ha quedado incluida en la Agrupación Oeste, bajo mando italiano, cuyo cuartel general se encuentra en la localidad de Pec. Las fuerzas españolas están desplegadas principalmente en “Base España”, en la localidad de Istok, cuya zona de actuación es el área noroeste de Kosovo. (1)

La Alianza desplegó en Kosovo la Fuerza Internacional de Seguridad (KFOR), un contingente de 50.000 militares encargado de vigilar el cese de las hostilidades y adiestrar a los componentes de las nuevas fuerzas de seguridad kosovares, multiétnicas, profesionales y voluntarias dedicadas a labores de control del orden público y de protección civil. (12)

De entre 16.000 efectivos de 35 países (24 de ellos miembros de la OTAN) España aporta 648 efectivos, lo que nos hace ocupar el 6º lugar entre los países contribuyentes. (1)

El número de militares desplegados se fue reduciendo progresivamente conforme mejoraban las condiciones de seguridad. En la actualidad, los efectivos de KFOR no superan la cifra de 5.600. (12)

Alrededor de 22.000 militares españoles contribuyeron entre junio de 1999 y septiembre de 2009 a la pacificación de Kosovo. (12)

Los sucesivos contingentes facilitaron el regreso a sus hogares de 800.000 refugiados de todas las etnias y garantizaron su seguridad con más de 60.000 patrullas en vehículo o a pie, además de realizar alrededor de 250 misiones de desactivación de explosivos. (12)

Un año después de producirse la declaración unilateral de independencia de Kosovo, el Gobierno decidió dar por finalizada la misión de las tropas españolas. (12)

INTRODUCCIÓN

Anteriormente, entre marzo y junio de 1999, el Ejército del Aire había participado en la operación Allied Force, la campaña aérea de la OTAN sobre Kosovo y Serbia para forzar al régimen de Belgrado a suscribir un acuerdo de paz. Veintinueve aviones de combate F-18 y ocho KC-130 Hércules cisternas del destacamento Ícaro, desde la base aérea de Aviano (Italia), realizaron más de 1.100 horas de vuelo y alrededor de 300 salidas en misiones de ataque al suelo, defensa aérea y reabastecimiento en vuelo. ⁽¹²⁾

El 19 de septiembre del 2009 finaliza la participación del contingente español en KFOR. ⁽¹²⁾

OPERACIÓN EUNAVFORMED SOPHIA

El 18 de abril de 2015 se produjo la mayor pérdida de vidas de inmigrantes y refugiados en el Mar Mediterráneo cuando un pesquero con más de 800 personas se hundió frente a las costas de Libia. Esta tragedia urgó la intervención de la Comunidad Internacional, y en particular de la Unión Europea. ⁽¹³⁾

Así, tan solo dos días después, en una sesión extraordinaria del Consejo de la Unión Europea para Asuntos Exteriores sobre migración, se acordó reforzar la lucha contra el tráfico de seres humanos y la acción de la UE en el salvamento de vidas en el mar y prestar un mejor apoyo a los países que se encuentran en primera línea, compartiendo el reasentamiento de los refugiados. ⁽¹³⁾

El 23 de abril de 2015, El Consejo Europeo destacó que “la Unión movilizará todos los esfuerzos para evitar más pérdidas de vidas en el mar, para abordar la raíz de emergencia humana en el Mediterráneo en cooperación con los países de origen y tránsito- y para luchar contra los contrabandistas y traficantes de personas”. ⁽¹³⁾

El 18 de mayo, el Consejo aprobó el Concepto de Gestión de la Crisis para una misión militar dentro de la Política Común de Seguridad y Defensa (CSDP) a fin de interrumpir el negocio de las redes de contrabando y tráfico de personas en la Zona Sur del Mediterráneo Central. (Decisión 2015/778 de 18 de mayo de 2015). ⁽¹³⁾

Como resultado, y como parte del planteamiento integral de la UE (European Union's Comprehensive Approach) sobre este asunto, el día 22 de junio de 2015, la UE

INTRODUCCIÓN

puso en marcha la Operación Militar en la zona Sur de Mediterráneo Central (EUNAVFOR MED).⁽¹³⁾

La Operación EUNAVFOR MED - SOPHIA es un elemento más dentro la respuesta integral de la Unión Europea al fenómeno de la migración, que busca abordar no solo su componente físico, sino también la raíz de las causas, incluyendo los conflictos, la pobreza, el cambio climático y la persecución.⁽¹³⁾

Es importante también subrayar lo que no es esta misión. No es un bloqueo del Norte de África ni una operación contra Libia. Todas nuestras actividades se llevan a cabo de acuerdo con las leyes internacionales y bajo la legalidad de la Resolución 2240 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.⁽¹³⁾

En el trato con las personas rescatadas o retenidas tenemos presente siempre presente los principios de absoluto respeto a los derechos humanos y de género. Además, se aplica siempre el derecho de no devolución lo que significa que ninguna persona rescatadas puede ser desembarcada en un tercer país.⁽¹³⁾

La Unión Europea llevará a cabo una operación militar para contribuir a la desarticulación del modelo de negocio que suponen las redes de tráfico de personas humanas en el Mediterráneo Central acometiendo esfuerzos sistemáticos para identificar, capturar y destruir las embarcaciones utilizadas o sospechosas de ser usadas por los traficantes, de acuerdo con las leyes internacionales.⁽¹³⁾

Ciento un sospechosos y tráfico ilegal de personas han sido arrestadas por las autoridades italianas como consecuencia directa o indirecta de las operaciones realizadas por unidades de EUNAVFOR MED.⁽¹³⁾

Trecientos cuarenta y siete embarcaciones (281 embarcaciones neumáticas, 61 embarcaciones de madera, y 5 pesqueros) han sido neutralizados evitando que pudieran ser reutilizados por los traficantes de personas.⁽¹³⁾

Se han llevado a cabo 204 rescates, coordinados por las Autoridades del Centro de Coordinación de Rescate Italiano, en los que se han salvado directamente con medios de EUNAVFOR 29,603 personas y otras 44,733 han sido rescatadas por otros actores en el área con la contribución indirecta de los medios de EUNAVFOR MED.⁽¹³⁾

INTRODUCCIÓN

En el marco de las operaciones de embargo de armas, se han llevado a cabo 162 intervenciones que abarcan desde el interrogatorio amistoso de buques mercantes a su abordaje. ⁽¹³⁾

En esta misión encontramos 25 Estado Miembros participando en este cometido: 20 aportan personal militar (Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Italia, Letonia, Lituania, , Holanda, Polonia, Portugal, Rumania, , España, Suecia y Reino Unido); 4 aportan personal militar y fondos económicos para el adiestramiento de personal libio (Luxemburgo, Malta, Eslovenia, República Checa); 1 aporta fondos para el adiestramiento de personal libio (República Eslovaca). Todas las cifras, y los nombres de las unidades navales y aéreas asignadas a la Misión varían regularmente como consecuencia de las rotaciones periódicas y de las actividades que se desarrollan en el área de operaciones. ⁽¹³⁾

OPERACIÓN EUMAM RCA (REPÚBLICA CENTROAFRICANA)

Misión de la Unión Europea en la República Centroafricana orientada a la formación y la reforma de las Fuerzas Armadas de ese país. ⁽¹⁴⁾

Compuesta por 60 militares, Francia es el principal contribuyente de esta operación, con 29 militares y también facilita una unidad médica de atención primaria tipo 'ROLE 1'. En segundo lugar, figura España, con 17 (cinco asesores militares; una unidad de protección, formada por un máximo de doce; y un elemento nacional de apoyo, de dimensión variable y adecuada a las circunstancias y necesidades sobre el terreno de hasta cinco personas). ⁽¹⁴⁾

También están presentes Austria, Suecia, Rumania, Alemania, Holanda, Polonia, Portugal, Serbia y Moldavia. ⁽¹⁴⁾

Vinculada a esta misión, también se mantiene el despliegue del destacamento 'Mamba' del Ejército del Aire, que opera en Libreville (Gabón) desde marzo de 2014 para asegurar el apoyo a las tropas españolas desplegadas en la República Centroafricana. ⁽¹⁴⁾

INTRODUCCIÓN

Esta misión cuenta con una autorización de un año de duración y no se intervendrá en ninguna misión de combate. ⁽¹⁴⁾

Nace del compromiso de la comunidad internacional de evitar un genocidio de la población civil africana y ahora, tras la estabilización, es necesario afianzar la seguridad y enseñar a sus Fuerzas Armadas a tomar sus propias decisiones. ⁽¹⁴⁾

OPERACIÓN GOLFO DE GUINEA (DIPLOMACIA DE LA DEFENSA)

Militares españoles ayudan a incrementar la seguridad en esta inestable región de África Occidental. ⁽¹⁵⁾

Doce militares españoles permanecieron entre septiembre y noviembre de 2014 en la pequeña República insular de Cabo Verde con la misión de asesorar y adiestrar a militares de este país. Actualmente se mantiene la colaboración con un oficial de la Armada. La misión española en Cabo Verde es resultado del acuerdo de cooperación técnico-militar suscrito por ambos Estados. Se desplegó por un período inicial de dos meses con el objetivo de crear una Unidad de Operaciones Especiales capaz de actuar en el actual contexto de inestabilidad en la región. ⁽¹⁵⁾

Por su parte, la Armada aporta un patrullero para participar en diversas actividades de seguridad cooperativa en países de África Occidental. su objetivo es desarrollar las capacidades de las naciones africanas en el control de sus propias aguas territoriales mediante la realización de ejercicios de adiestramiento conjuntos. Para ello, el buque de la Armada tiene previsto hacer escala en Mauritania, Gabón, Ghana, Senegal y Cabo Verde. ⁽¹⁵⁾

El Plan de Diplomacia de la Defensa es un conjunto de actividades, basadas principalmente en el diálogo y la cooperación, que realiza el Ministerio de Defensa a nivel bilateral con los países socios y aliados para prevenir conflictos o fortalecer las capacidades de seguridad. ⁽¹⁵⁾

Con estos despliegues se hace efectiva la presencia en las zonas de vital interés para la seguridad de España, tal y como señala la Estrategia de Seguridad Nacional en referencia al Golfo de Guinea. ⁽¹⁵⁾

OPERACIÓN EUTM-SOMALIA

La misión de formación EUTM-Somalia tiene como objetivo capacitar a los miembros de las fuerzas de seguridad somalíes para que puedan asumir las funciones de seguridad de su país y combatir el terrorismo y la piratería, colaborando así desde tierra con los esfuerzos que la Unión Europea realiza en el mar a través de la operación Atalanta. ⁽¹⁶⁾

En esta operación participan once países de la Unión Europea más Serbia. En total, 125 efectivos que han contribuido a formar a unos 5.000 soldados somalíes en cinco años. ⁽¹⁶⁾

España fue el primer país al mando de esta misión de formación cuando se puso en marcha en Uganda en mayo de 2010. ⁽¹⁶⁾

Los primeros españoles en llegar a la zona fueron 18 instructores del Mando de Adiestramiento y Doctrina del Ejército. Impartieron módulos de instrucción especializada, entre ellos, mando de sección, combate en población, comunicaciones, protección ante artefactos explosivos y asistencia sanitaria. ⁽¹⁶⁾

España llegó a ser el país europeo con más militares en la misión, con 38 efectivos. Actualmente, aporta 13 militares, 11 de los cuales están en Mogadiscio, uno de enlace en Nairobi y otro en Bruselas. ⁽¹⁶⁾

La misión está amparada en la Resolución 1872 de mayo de 2009 del Consejo de Seguridad de la ONU. La Unión Europea acordó el 25 de enero de 2010 la puesta en marcha de una misión militar para contribuir al adiestramiento de las fuerzas de seguridad en Somalia. ⁽¹⁶⁾

La participación española en la operación fue aprobada por el Consejo de Ministros el 23 de abril, un día después de recibir la autorización del Congreso de los Diputados. ⁽¹⁶⁾

INTRODUCCIÓN

La misión de la UE ayuda al Ejército maliense a mejorar sus capacidades militares, para que pueda recuperar la integridad territorial del país.⁽¹⁷⁾

EUTM-Malí proporciona al Ejército maliense entrenamiento militar y asesoramiento en las cadenas de mando y control, logística y gestión de recursos humanos, junto con derecho internacional humanitario.⁽¹⁷⁾

Se han adiestrado siete grupos tácticos inter-armas, integrados por unos 3.500 militares, procedentes de todas las etnias y razas del país. Los primeros se han trasladado al Norte para combatir a las fuerzas insurgentes, en sustitución de los que habían ido sin esa formación.⁽¹⁷⁾

España ostentó hasta finales de julio de 2015 el mando de EUTM-Malí, al frente del cual estaba el general de brigada del Ejército de Tierra Alfonso García-Vaquero. España es el país que más militares aporta (117 sobre un total de 539, pertenecientes a 24 naciones europeas).⁽¹⁷⁾

Nuestros efectivos se distribuyen entre los cuarteles generales de Bamako y Bruselas, la compañía de protección de la fuerza en el campamento de Koulikoro, los equipos de entrenamiento de operaciones especiales y de artillería y morteros, y el equipo de apoyo al mando del comandante de la misión.⁽¹⁷⁾

La crisis política, humanitaria y de seguridad que estaba sufriendo Malí, consecuencia de los hechos acaecidos en el Norte del país desde principios de 2012 –rebelión tuareg, seguida por un golpe de estado militar y la entrada de terroristas yihadistas–, lo convirtieron en un centro de inestabilidad y en una grave amenaza para toda la región del Sahel y para Europa.⁽¹⁷⁾

Ante la gravedad de la crisis, el presidente interino de Malí, Dioncounda Traoré, remitió peticiones oficiales de apoyo al secretario general de la ONU, a la Comunidad Económica de Estados de África Occidental (CEDEAO) y a la UE, incluyendo en esta última una petición de ayuda para la reestructuración y entrenamiento del Ejército.⁽¹⁷⁾

OPERACIÓN APOYO A IRAK

La coalición internacional contra el yihadismo, integrada por 60 países y liderada por Estados Unidos, trata de frenar el avance del grupo terrorista Daesh en Siria e Irak. Las fuerzas aliadas realizan bombardeos selectivos contra las posiciones yihadistas en el norte del país. ⁽¹⁸⁾

El adiestramiento del Ejército iraquí también es parte de la estrategia de la coalición para ayudar al gobierno del país asiático a recuperar el territorio ocupado por los terroristas. En total, se espera entrenar a doce brigadas: nueve de las fuerzas de seguridad iraquíes y tres de los peshmerga kurdos. ⁽¹⁸⁾

Un total de 307 militares españoles contribuyen a la coalición internacional con el objetivo de instruir al Ejército de Irak. ⁽¹⁸⁾

En Besmayah se realiza el adiestramiento del Ejército iraquí por equipos conjuntos hispano-estadounidenses. Una unidad de apoyo al despliegue, con efectivos del Mando de Ingenieros, se ha ocupado de acondicionar las instalaciones de la base 'Gran Capitán'. ⁽¹⁸⁾

En la capital del país, Bagdad, trabajan militares de Operaciones Especiales. ⁽¹⁸⁾

La coalición internacional contra el grupo terrorista Daesh surgió en la cumbre de la OTAN celebrada en Gales en septiembre de 2014. Está amparada por dos resoluciones del Consejo de Seguridad de la ONU y cuenta con el apoyo expreso de la Unión Europea. ⁽¹⁸⁾

Se calcula que el Daesh cuenta solo en Irak con un mínimo de 30.000 combatientes, entre ellos 12.000 extranjeros. ⁽¹⁸⁾

El 22 de enero del 2015 llegan a Bagdad los primeros 30 efectivos del Mando de Operaciones Especiales. Posteriormente comienza, bajo liderazgo español, el adiestramiento la Brigada 92, de la 16 División del Ejército iraquí. ⁽¹⁸⁾

El 20 de diciembre del 2016 el congreso de los Diputados autoriza la ampliación de la participación española en la Coalición Global contra el Daesh en 125 militares y 25 guardias civiles. ⁽¹⁸⁾

INTRODUCCIÓN

OPERACIÓN DESTACAMENTO MARFIL (SENEGAL)

El destacamento aéreo Marfil, con base en Dakar (Senegal), presta apoyo logístico a las operaciones lideradas por Francia contra las tropas yihadistas. ⁽¹⁹⁾

España contribuye, con un Hércules C-130 y 55 militares, al transporte estratégico de las capacidades regionales de los países participantes de la Misión Internacional de Apoyo a Malí con Liderazgo Africano (AFISMA) y de Francia. ⁽¹⁹⁾

Francia lanzó la operación Serval en enero de 2013, para detener el avance yihadista hacia el sur de Malí, evitar la caída de la capital, Bamako, y liberar las principales ciudades del norte, que se habían convertido en lugar seguro de los terroristas. ⁽¹⁹⁾

España se sumó ese mismo mes a la operación con la decisión de facilitar el sobrevuelo y aterrizaje temporal de medios aéreos de países miembros de la UE, y con el despliegue del destacamento Marfil. ⁽¹⁹⁾

Posteriormente, Serval fue absorbida, junto con otras operaciones francesas en África Occidental, por la operación Barkhane, en la que han seguido colaborando las Fuerzas Armadas españolas. ⁽¹⁹⁾

Asimismo, el avión del destacamento Marfil apoya al contingente español de EUTM-Malí, la misión de la Unión Europea para la formación del ejército maliense. ⁽¹⁹⁾

La participación militar española fue aprobada el siguiente día 18 por el Consejo de Ministros y ratificada el 30 en un Pleno extraordinario del Congreso. ⁽¹⁹⁾

OPERACIÓN EUCAP NÉSTOR

Un equipo de militares y civiles de la Unión Europea trabaja en el Cuerno de África para construir y consolidar las capacidades marítimas de los países de la región y preparar el marco legal que permita combatir las actividades ilícitas en la mar. ⁽²⁰⁾

EUCAP Néstor es una misión civil no ejecutiva de la UE, iniciada en julio de 2012, que trata de dotar a Yibuti, las Islas Seychelles, Kenia, Somalia y Tanzania de una estructura política, judicial y policial para actuar frente a las actividades ilícitas en aguas del Índico occidental. Su labor se centra en el asesoramiento y la formación de jueces, fiscales, forenses, agentes costeros y militares, entre otros actores. ⁽²⁰⁾

Los 61 civiles y militares de EUCAP Néstor pertenecen a 16 países de la UE, así como a Noruega y Australia. La mayoría se encuentran desplegados en Yibuti, capital del país del mismo nombre y sede del cuartel general de la misión. El resto trabaja en las delegaciones de Victoria (Islas Seychelles), Nairobi (Kenia), Mogadiscio y Hargeisa (Somalia) y Dar-es-Salam (Tanzania). ⁽²⁰⁾

Dos oficiales de la Armada y un civil llegaron en septiembre de 2012 a Yibuti como parte de los primeros integrantes de la misión. A ellos se sumarían posteriormente otros tres expertos civiles y un suboficial de la Guardia Civil. ⁽²⁰⁾

Los miembros de la Armada son un capitán de corbeta y un capitán de fragata que realizan funciones, respectivamente, de jefe de Planeamiento y de Asesor Marítimo de la misión. Por su parte, el personal civil presta apoyo técnico a su desarrollo en diferentes ámbitos, especialmente en el de la Contratación. ⁽²⁰⁾

El capitán de corbeta español jefe del grupo de especialistas navales y guarda costas europeas en el Cuerno de África, el pilar marítimo de EUCAP Néstor dirige desde su apertura la oficina permanente en Mogadiscio (Somalia). ⁽²⁰⁾

La misión fue aprobada el 12 de diciembre de 2011 por el Comité Político y de Seguridad de la Unión Europea con un mandato inicial de dos años que ha sido prorrogado sucesivamente. El último concluye el 12 de diciembre de 2016. ⁽²⁰⁾

EUCAP Néstor es el pilar civil del enfoque global de la UE en el Cuerno de África como complemento de las misiones Atalanta y EUTM Somalia, ambas de carácter

INTRODUCCIÓN

militar, puestas en marcha con anterioridad para combatir la piratería marítima en el Índico occidental. ⁽²⁰⁾

La operación fue lanzada en julio de 2012 y dos meses después, en septiembre, tuvo lugar el despliegue de los primeros efectivos en Yibuti. A finales de enero de 2013 EUCAP Néstor alcanzó su capacidad operativa inicial. ⁽²⁰⁾

OPERACIÓN ATALANTA

La misión de Atalanta es proteger del ataque de los piratas el tráfico marítimo en el océano Índico occidental, especialmente a los buques del Programa Mundial de Alimentos de la ONU. También proteger a los pesqueros para que puedan faenar sin peligro en aquellas aguas, controlar los puertos y las bases desde donde actúan los piratas y neutralizar los barcos nodriza que éstos utilizan para llegar a alta mar. ⁽²¹⁾

La Fuerza Naval de la Unión Europea (EUNAVFOR) patrulla en una amplia zona entre el Golfo de Adén y las islas Sychelles. Aunque su composición varía, por norma general dispone de entre cuatro y siete buques y entre dos y cuatro aviones de patrulla marítima. ⁽²¹⁾

España es el mayor contribuyente, junto con Francia, a esta operación. Desde enero de 2009, mantiene en el Índico un avión de vigilancia marítima con base en Yibuti. Es el destacamento Orión que cuenta con unos 40 militares y en el que se alternan los aviones P-3 Orión y CN-235 Vigma. ⁽²¹⁾

A la Fuerza Naval de la Unión Europea aporta dos buques en los períodos Inter monzónicos y uno en los monzónicos. ⁽²¹⁾

Nuestro país ha asumido en cuatro ocasiones el mando de esta fuerza y, desde mayo de 2015, ha comenzado su quinto mandato. ⁽²¹⁾

El océano Índico se había convertido en un área de alto riesgo para los 20.000 barcos que anualmente cruzaban el mar Rojo y el golfo de Adén, pasos obligados de las principales rutas comerciales entre Asia y Europa. La piratería somalí también

INTRODUCCIÓN

amenazaba el reparto de ayuda humanitaria del Programa Mundial de Alimentos de la ONU. ⁽²¹⁾

En 2008 hubo 134 ataques y 40 secuestros de navíos, entre ellos, el del pesquero español Playa de Bakio, lo que puso de manifiesto que la piratería era también una amenaza para la actividad de la flota atunera. ⁽²¹⁾

A instancias de España y Francia, el 8 de diciembre de 2008, el Consejo de la Unión Europea puso en marcha Atalanta. ⁽²¹⁾

OPERACIÓN APOYO A TURQUÍA

La misión ACTIVE FENCE de la OTAN protege con una batería de misiles Patriot española a la población turca de posibles ataques con misiles desde la vecina Siria. ⁽²²⁾

El dispositivo antimisil aliado está integrado actualmente por cinco baterías Patriot: dos de Estados Unidos, dos de Alemania, y la española, que sustituye desde enero a otra holandesa. El sistema es coordinado desde Ramstein (Alemania) por el mando aliado de las fuerzas aéreas de la OTAN (Aircom), que centraliza la información recogida por los diversos radares civiles y militares. ⁽²²⁾

La misión es puramente defensiva y, según la OTAN, prueba la solidaridad entre los aliados y es un ejemplo la defensa colectiva considerada "piedra angular" de la organización. ⁽²²⁾

Desplegados en el aeropuerto de Adana, Turquía, 153 militares participan en esta misión, la primera de una unidad antiaérea del Ejército español en el exterior. El destacamento está formado sobre la base de la 9ª batería del Regimiento de Artillería Antiaérea número 74. ⁽²²⁾

La batería se compone de seis lanzadores, un radar y una planta de energía y está operativa las 24 horas del día. ⁽²²⁾

INTRODUCCIÓN

El contingente inició su traslado a Turquía el 29 de diciembre de 2014 relevando, un mes después, a la unidad holandesa que se encontraba desplegada en esa ciudad. (22)

La misión Apoyo a Turquía está enmarcada en el compromiso de España con sus aliados en temas de seguridad, vecindad y de solidaridad. (22)

El despliegue de la unidad se efectuó en virtud del acuerdo de Consejo de Ministros de 26 de diciembre de 2014 que prorrogaba la participación de unidades y observadores militares en operaciones fuera del territorio nacional. Con esta decisión, España mostraba su apoyo e implicación en la seguridad de Turquía. (22)

Se lanzó en diciembre de 2012, cuando la OTAN, a petición del gobierno turco, desplegó seis baterías antimisiles Patriot de Holanda, Alemania y Estados Unidos para aumentar las capacidades defensivas de Turquía ante las amenazas procedentes del conflicto sirio, tanto por parte del régimen de Bashar el Asad -que utilizaba sus misiles Scud contra las fuerzas rebeldes- como del grupo yihadista Daesh, que podría hacerse con el control de uno de los arsenales balísticos del ejército sirio. (22)

En agosto de 2014, el comandante supremo de la Alianza en Europa (SACEUR) solicitó a España que relevara en 2015 a alguna de las unidades desplegadas para poder mantener el esfuerzo de la Alianza en este cometido. España decidió atender la solicitud y en enero de 2015 desplegó una batería 'Patriot' perteneciente al Regimiento de Artillería Antiaérea N.º 74. (22)

OPERACIÓN POLICÍA AÉREA EN EL BÁLTICO

La misión de policía aérea de la OTAN en el Báltico (Baltic Air Policing) comenzó en 2004 tras el ingreso en la organización de Estonia, Letonia y Lituania. Desde entonces cuatro aviones de combate de un país aliado permanecen desplegados en la base de Siauliai (Lituania) por periodos de cuatro meses. (23)

Tras el comienzo de la crisis de Ucrania a principios de 2014 y el aumento de las incursiones de los aviones rusos en el espacio aéreo báltico, la misión se ha reforzado

INTRODUCCIÓN

con otros 12 cazas de tres países y otras dos bases de despliegue: Amari, en Estonia y Malbork, en Polonia. ⁽²³⁾

El día 6 de mayo de 2015 España finaliza la misión dando el relevo a cuatro Eurofighter ingleses. ⁽²³⁾

España lidera la misión BAP durante los primeros cuatro meses de 2016. Además de los cuatro Eurofighter españoles basados en Lituania participan cuatro aviones de combate belgas F-16 desplegados en la base aérea de Ämari, en Estonia. ⁽²³⁾

El Ejército del Aire participó por primera vez en la misión de Policía Aérea del Báltico en 2006 con cuatro Mirage F-1 del Ala 14 desplegados en Siauliai. ⁽²³⁾

La incorporación de los países Bálticos a la OTAN en 2004 supuso la ampliación del espacio aéreo aliado al noreste de Europa fronterizo con Rusia. Estonia, Letonia y Lituania carecen de una fuerza aérea de combate que les permita cumplir con las tareas de vigilancia y control sobre su territorio y llevar a cabo misiones de alerta de reacción rápida (QRA) o de scramble. Es por ello que necesitan el apoyo del resto de los países aliados. ⁽²³⁾

OPERACIÓN OTAN - LETONIA - ENHANCED FORWARD PRESENCE (eFP) LETONIA

La contribución española al Battle Group de la OTAN en Letonia se materializa a través de unos 345 efectivos, que conforman un Subgrupo Táctico Mecanizado, una Unidad de Zapadores, diversos puestos dentro de la Plana Mayor del Battle Group y la Brigada Letona, y un elemento de apoyo nacional, en el que se encuentra la Unidad Logística. ⁽²⁴⁾

Los principales medios aportados por España son los Carros de Combate "Leopardo 2E" y los Vehículos de Combate de Infantería (VCI) "Pizarro", siendo la primera vez que nuestra nación despliega este tipo de capacidades en una misión en el exterior. ⁽²⁴⁾

INTRODUCCIÓN

Además, se aportan otros medios mecanizados como el Transporte Oruga Acorazado (TOA) M-113, Morteros Pesados, Vehículos de Combate de Zapadores (VCZ) y Misiles Contra Carro "Spike". Cabe destacar la aportación de unidades que mejoran sustancialmente la capacidad de combate del Subgrupo Táctico, tales como un equipo JTAC (Controlador de Ataque Terminal Conjunto) y un UAV (aeronave no tripulada) "Raven".⁽²⁴⁾

La misión eFP tiene como objetivo mantener la disuasión frente a cualquier agresión a nuestros Aliados Bálticos, a través de un despliegue de naturaleza defensiva, y responde al compromiso existente en el seno de la Alianza de ayudar a los países aliados.⁽²⁴⁾

Entre los acuerdos más significativos alcanzados por los 28 Jefes de Estado y de Gobierno de las naciones aliadas durante la Cumbre de Varsovia de 2016, destaca el establecimiento de una Presencia Avanzada Reforzada (en adelante eFP, del inglés "enhanced Forward Presence") en Estonia, Letonia, Lituania y Polonia, como medida de disuasión y defensa, para prevenir posibles conflictos, proteger a los aliados y preservar la paz y estabilidad más allá de las fronteras de la Alianza.⁽²⁴⁾

El 19 de junio 2017 se celebra la ceremonia de creación del Battle Group en Letonia.⁽²⁴⁾

OPERACIÓN SEGURIDAD COOPERATIVA EN SENEGAL

Los Ejércitos y la Armada españoles tratan de aumentar las capacidades generales requeridas por la República de Senegal mediante la asistencia militar de asesoramiento y adiestramiento de las Fuerzas Armadas senegalesas.⁽²⁵⁾

Dentro de los cometidos que realiza las fuerzas armadas españolas Entrenamiento en actividades puramente de combate y preparación en la lucha contra el terrorismo; Adiestramiento en misiones diversas como búsqueda y rescate, así como en la reconstrucción de infraestructuras; Reforzar o general capacidades militares en las Fuerzas Armadas senegalesas.⁽²⁵⁾

INTRODUCCIÓN

OPERACIÓN APOYO A RCA - OP A/C (GABÓN)

El destacamento aéreo Mamba, está dotado con un avión C-295 y que tiene su base en Libreville (Gabón) desde donde se ocupa de transporte de material y personal. ⁽²⁶⁾

Formado por 49 militares, el destacamento ha realizado una media superior a las 100 horas de vuelo mensuales hasta cumplir un total de 405 misiones de apoyo logístico. ⁽²⁶⁾

La misión se puso en marcha en febrero de 2014 con el despliegue de un avión de transporte y su dotación de 50 militares. ⁽²⁶⁾

Con jornadas de vuelo que en muchas ocasiones llegan a diez horas al día, tanto el Hércules desplegado inicialmente como el C-295 que lo sustituyó han realizado sus misiones, en una amplia zona que abarca desde el Sahel hasta Bangui muchas veces operando en campos no preparados. ⁽²⁶⁾

La misión se enmarca en la Resolución 2122 del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas de 5 de diciembre de 2013, que inicia el apoyo a la MISCA desplegada en la República Centroafricana para la protección de los civiles y la prestación de ayuda humanitaria. ⁽²⁶⁾

Con la autorización de la ONU, Francia desplegó 2.000 efectivos en la operación Sangaris para reforzar a los 6.000 enviados por la Unión Africana (Misión Internacional de Apoyo para la República Centroafricana, MISCA). ⁽²⁶⁾

OPERACIÓN AYUDA A HAITÍ

Pocas horas después de que un terremoto de magnitud 7 en la escala Richter asolará Haití, la comunidad internacional se puso en marcha para ayudar al país más pobre de América enviando ayuda humanitaria y especialistas en rescate. El terremoto sufrido por Haití el 12 de enero y las posteriores réplicas causaron más de 200.000 muertos y unos tres millones de damnificados. ⁽²⁷⁾

INTRODUCCIÓN

El seísmo fue un duro golpe para Haití, un país ya muy castigado económica y políticamente. De hecho, desde 2004 la ONU mantiene activa una Misión de Estabilización (MINUSTAH) -96 de sus militares fallecieron en el terremoto- puesta en marcha tras el exilio del presidente Bertrand Aristide para poner fin al conflicto en el que estaba sumido el país. ⁽²⁷⁾

España coordinó la ayuda de la Unión Europea cuya presidencia ostentaba ese semestre y puso a su disposición el Centro Logístico Humanitario de la Cooperación Español que la AECID tenía en Panamá. ⁽²⁷⁾

La primera ayuda humanitaria enviada por España a Haití llegó el 14 y 15 de enero en aviones fletados por el Ejército del Aire. En ellos también viajaron 40 miembros de la Unidad Militar de Emergencias especialistas en rescate, sanidad y transmisiones, miembros de la Guardia Civil, del SAMUR, voluntarios y personal de la AECID. ⁽²⁷⁾

Como parte de la operación Hispaniola, días después partió de la base naval de Rota (Cádiz) el buque de asalto anfibio Castilla con 423 militares. En el buque, además, embarcó una unidad con 27 médicos y sanitarios y 23 guardias civiles. ⁽²⁷⁾

El buque contó con una unidad aérea formada por un helicóptero Sikorsky SH-3D y tres Augusta Bell AB-212. Una de estas últimas aeronaves sufrió un accidente cuando regresaba a Haití desde la República Dominicana donde había recogido un envío logístico procedente de España. Fallecieron sus cuatro ocupantes. ⁽²⁷⁾

Los militares españoles desarrollaron su labor en Petit Goave, a 70 kilómetros de la capital Puerto Príncipe, una de las ciudades más afectadas por el terremoto. La unidad sanitaria atendió a más de 8.000 personas, asistieron dieciséis partos y se aplicaron 21.000 vacunas. ⁽²⁷⁾

Los zapadores, por su parte, retiraron 8.600 metros cúbicos de materiales de desecho, removieron 15.000 metros cúbicos de tierra, rehabilitaron infraestructuras que permitieron la apertura de la maternidad del hospital y siete colegios y repararon la central eléctrica que suministraba energía a tres municipios. ⁽²⁷⁾

Los militares españoles también instalaron un campo de desplazados con capacidad para 150 familias, potabilizaron 600.000 litros de agua, repartieron 400.000 y repararon cuatro pozos. ⁽²⁷⁾

INTRODUCCIÓN

Nada más producirse el seísmo, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas refrendó, en su resolución 1908 de 19 de enero, la recomendación del secretario general de aumentar la dotación de la MINUSTAH para apoyar la labor inmediata para la recuperación, reconstrucción y estabilidad del país. ⁽²⁷⁾

OPERACIÓN REPÚBLICA CENTROAFRICANA (EUFOR RCA)

La misión de la Unión Europea en la República Centroafricana (EUFOR RCA), formada por 650 efectivos, contribuyó a proteger a la población y facilitó el retorno de desplazados, así como la reactivación de la actividad económica. ⁽²⁸⁾

Casi un año después de su inicio, la misión tocó a su fin el 15 de marzo de 2015. Desde entonces, permanecen en la capital del país ocho guardias civiles, integrados en MINUSCA (Misión Multidimensional Integrada de Estabilización de las Naciones Unidas). ⁽²⁸⁾

El desencadenante de la violencia fue el golpe de Estado de Djotodia, en marzo de 2013, al frente de una coalición rebelde de mayoría musulmana, los Seleka. Después de su retirada, forzada por la comunidad internacional, el nuevo gobierno de transición de la presidenta Catherine Samba-Panza tuvo que enfrentarse a un nuevo brote de violencia por parte de los “anti balaka”. grupos ligados al cristianismo que estaban masacrando y persiguiendo a los musulmanes. La población se vio obligada a huir de las matanzas y la limpieza étnica, llegando a contabilizarse más de 650.000 desplazados internos. Además, casi 300.000 personas huyeron a otros países. ⁽²⁸⁾

En mayo de 2014 llegaban a la República Centroafricana 85 militares del Mando de Operaciones Especiales y 25 guardias civiles. Serían relevados seis meses después por un nuevo contingente de las mismas unidades. ⁽²⁸⁾

Por primera vez, España asumía el mando de las operaciones especiales en una fuerza multinacional. Su zona de patrulla incluía los distritos 3 y 5 de la capital, Bangui. ⁽²⁸⁾

A lo largo de la misión los efectivos militares realizaron 447 operaciones y la Guardia Civil más de 150 servicios de apoyo a Fuerza Internacional de Policía. ⁽²⁸⁾



ILUSTRACIÓN 2. DESPLIEGUE DE MILITARES ESPAÑOLES EN MISIONES INTERNACIONALES Y SU DISTRIBUCIÓN EN CUANTO A EJÉRCITOS A SEPTIEMBRE DE 2017. (29)

- Con formato: Derecha: -0,05 cm
- Con formato: Expandido 0,25 pto
- Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,25 pto

SANIDAD MILITAR ESPAÑOLA.

LEY 39/2007, DE 19 DE NOVIEMBRE, DE LA CARRERA MILITAR.
DISPOSICIÓN ADICIONAL QUINTA. SANIDAD MILITAR.

1. Corresponde a la Sanidad Militar, con independencia de los derechos derivados de la protección social de los militares:

a) Prestar la asistencia sanitaria a los contingentes militares españoles destacados en misiones internacionales, formando parte de fuerzas expedicionarias, de dotaciones de buques y su personal embarcado o participando en ejercicios tácticos. También le corresponde prestar la atención sanitaria que se desarrolle en el ámbito logístico-operativo o en el del destino.⁽³⁰⁾

b) Determinar la existencia de las condiciones psicofísicas precisas para el ingreso en los centros docentes militares de formación y para la pérdida de la condición de alumno, con arreglo a lo establecido en el artículo 56.5 y en el artículo 71.2, así como dictaminar sobre la insuficiencia temporal o definitiva de dichas condiciones a los fines de baja temporal en el servicio o de limitación para ocupar determinados destinos, pase a retiro por inutilidad permanente para el servicio o resolución del compromiso, según corresponda. No obstante, en el caso de que la baja temporal se prevea inferior a un mes, el órgano competente para acordarla podrá omitir el dictamen de la Sanidad Militar si existe informe del facultativo que corresponda en el ámbito de la protección social.⁽³⁰⁾

c) Determinar el grado inicial de incapacidad, así como su agravación, y la existencia de lesiones permanentes no invalidantes, respecto a la prestación de inutilidad para el servicio del régimen especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.⁽³⁰⁾

2. A los efectos de dictaminar sobre la insuficiencia temporal o definitiva de condiciones psicofísicas, según lo previsto en el apartado 1.b), el Ministerio de Defensa podrá establecer convenios de colaboración de la Sanidad Militar con otras entidades públicas.⁽³⁰⁾

RED SANITARIA MILITAR

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La asistencia a heridos en campaña se ha venido haciendo en España aún antes de existir una organización militar formalmente establecida. Durante el siglo XI Alfonso VI instaló tiendas de campaña para la atención de heridos. El primer Hospital instalado fue el llamado "Hospital de la Reina" en tiempo de los Reyes Católicos. Posteriormente aparecieron múltiples complejos hospitalarios de campaña en época de los Austrias. Más adelante se establecen nuevas estructuras sanitarias fijas en 1574 en la ciudad de Pamplona. Aparece en Madrid un Hospital fundado por Carlos I en 1529 y denominado Hospital del Buen Suceso, que, aunque destinado a los miembros de su casa real admitía de vez en cuando a correos de su gabinete y alabarderos. ⁽³¹⁾

No es hasta el siglo XVIII cuando Felipe V pagó por 8 camas en el Hospital de la Orden Tercera de San Francisco. Posteriormente los militares en España pasaron por una época de hospitalización compartida que al principio fue un poco caótica, pasando por un sinnúmero de convenios que no proporcionaron una solución satisfactoria para la atención de los militares. En 1787 se habla por primera vez de manera oficial de la necesidad de crear un hospital militar en Madrid, que, sostenido por médicos y cirujanos del ejército, sirviese para asistir única y exclusivamente al personal militar. ⁽³¹⁾

A pesar de haberse hablado de la necesidad inminente no fue hasta 12 de enero de 1841 cuando a petición del Capitán General de Madrid D. Evaristo Sanz Miguel, se aprobó los presupuestos de remodelación del antiguo seminario de Nobles para su habilitación como el primer Hospital Militar de Madrid. ⁽³¹⁾

El día 8 de febrero de 1889 se declaró un gran incendio en el Hospital Militar de Madrid, llegándose a evacuar 400 enfermos a diferentes hospitales de Madrid, volviendo a encontrarse el personal militar desamparado a lo que a centro sanitario se refiere. ⁽³¹⁾

Toda esta situación cambió con el Hospital Militar de Carabanchel, en el 1896 aunque aún no se encontraba acabado, se vieron forzados a iniciar sus labores sanitarias por las alarmantes noticias que llegaban desde Cuba y el número considerables de enfermos y heridos que empezaban a ser evacuados a la península.

INTRODUCCIÓN

Los primeros pacientes llegaron el 21 de abril del 1896 siendo estos enfermos de medicina. ⁽³¹⁾

Hasta la actualidad el Hospital se ha mantenido en el antiguamente llamado Pueblo de Carabanchel Bajo sufriendo drásticas modificaciones tanto estructurales como de funcionamiento. ⁽³¹⁾

LOGÍSTICA SANITARIA EN OPERACIONES.

Para poder dar cobertura sanitaria de similitud con el territorio nacional, la sanidad militar española ha de constituir una estructura operativa que pueda cubrir cada nivel sanitario. Dichos niveles deben contar con una dotación tanto material como humano para poder llevar a cabo su cometido. Cada nivel o escalón sanitario presenta unas características que van siendo asumidas por el escalón siguiente. Eso es lo que hace que la red sanitaria en operaciones, desde los botiquines en los puestos avanzados hasta el nivel superior desplegado, presenten una gran similitud con lo que podríamos encontrar en el territorio nacional. A continuación, detallaremos los componentes que precisa cada nivel de atención, desde la estructura que trabaja en punta de lanza en la posición más avanzadas, hasta el nivel superior en territorio nacional.

CÉLULAS DE ESTABILIZACIÓN.

Entidad tipo pelotón que brinda soporte vital avanzado en primera línea, una vez producida la baja dicha unidad es capaz de estabilizarla y coordinar la evacuación. Puede estar compuesta por 3-4 militares, 1 oficial Médico, 1 oficial enfermero y 1-2 miembros del personal de tropa con formación sanitaria.

INTRODUCCIÓN



ILUSTRACIÓN 3 COMPONENTES DE CÉLULA DE ESTABILIZACIÓN FUERZAS ARMADAS ESPAÑOLAS. OPERACIÓN ISAF ASPFOR XXXI. AFGANISTAN 2012. (CLP. SANTOS, TETE, MMED. GUZMÁN, ALFALF. ENF. RISCO); VEHÍCULO RG-31 AMBULANCIA.

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,25 pto



ILUSTRACIÓN 4 COMPONENTES DE CÉLULA DE ESTABILIZACIÓN FUERZAS ARMADAS ESPAÑOLAS OPERACIÓN LIBRE HIDALGO XXV. LIBANO 2016. (TETE. ENF. I. SAN JOSÉ, CLP. SALDAÑA, TETE. MED. GUZMÁN, CABO I. SÁNCHEZ); VEHÍCULO BMR AMBULANCIA.

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,25 pto

Con formato: Expandido 0,25 pto

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,25 pto

Con formato: Expandido 0,25 pto

INTRODUCCIÓN

ROLE

El término ROLE describe la capacidad de asistencia sanitaria que posee la instalación sanitaria desplegada. ⁽³²⁾

Se describen cuatro ROLES, de menor a mayor capacidad de 1 a 4, cada uno asume las funciones del anterior. ⁽³²⁾

ROLE 1

Las capacidades que debe asumir un ROLE 1 son:

- Soporte vital básico, triaje, y tratamiento inicial.
- Recogida y transporte de bajas desde el lugar de producción de la lesión.
- Medidas de prevención sanitaria.
- Tratamiento de lesiones y enfermedades menores, para la vuelta inmediata al servicio o tras un periodo corto de tiempo.
- Control del movimiento y asistencia a las bajas.



ILUSTRACIÓN 5 ASISTENCIA A BAJAS MASIVAS POR CAUSA DE COMBATE (ARTEFACTO EXPLOSIVO IMPROVISADO). ROLE-1 ISAF AFGANISTAN AFGANISTÁN 2012.

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,25 pto

Con formato: Expandido 0,25 pto

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,25 pto

Con formato: Expandido 0,25 pto

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,25 pto

INTRODUCCIÓN

ROLE 2

- Un ROLE 2 debe incluir:
- Evacuación desde el primer escalón y dentro del segundo escalón.
- Reanimación, triaje, estabilización (incluyendo cirugía y cuidados intensivos).
- Preparación para evacuación.
- Laboratorio y radiología básicos (radiografía y ecografía).
- Atención al estrés de combate.
- Asistencia odontológica.
- Se distinguen dos tipos de hospital ROLE 2, el Ligero (LM o Light Maneuver) y el Aumentado (E o Enhanced).

EL ROLE 2 LIGERO (LM O LIGHT MANEUVER) (ACTUALMENTE BASIC)

El ROLE 2 LM debe proporcionar:

- Despliegue y repliegues rápidos.
- Cirugía de control del daño (“Cirugía de Guerra”).
- Especialista en reanimación con el equipo necesario.
- Recuperación postoperatoria.
- Capacidad limitada de mantenimiento de enfermos (20 camas para estancias cortas).



ILUSTRACIÓN 6 ~~ILUSTRACIÓN 6~~ DISTRIBUCIÓN DISTRIBUCIÓN DEL ROLE 2 LM

Con formato: Mayúsculas

INTRODUCCIÓN

EL ROLE 2 E (E O ENHANCED).

El ROLE 2 E tiene que incluir:

- Cirugía primaria.
- Unidad de cuidados intensivos.
- Hospitalización entre 25 y 50 camas.
- Banco de sangre.
- Unidad de descontaminación biológica y química.



ILUSTRACIÓN 7. ~~DISTRIBUCION~~ DISTRIBUCIÓN DEL ROLE 2 E.

Con formato: Expandido 0,25 pto

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,25 pto

Con formato: Referencia sutil, Mayúsculas

ROLE 3

El ROLE 3 incluye más especialistas médicos y quirúrgicos, mayor capacidad de diagnóstico y cirugía y más camas de hospitalización, es la última capacidad desplegable a zona de operaciones.

INTRODUCCIÓN



ILUSTRACIÓN 8 **ROLE 3 HOSPITAL DE CAMPAÑA ESPAÑOL** (33)

Con formato: Mayúsculas

ROLE 4

El ROLE 4 está en Territorio Nacional. El Hospital Militar que reúne las particularidades necesarias es el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. esto quiere decir que es un centro que congrega las características del resto de los ROLES, pero qué además puede brindar la posibilidad de hospitalización prolongada y rehabilitación.



ILUSTRACIÓN 9 **HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA "GÓMEZ GÓMEZ ULLA"** – **ROLE 4, ESPAÑOL.**

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,5 pto

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,5 pto

HOSPITALES DEL MINISTERIO DE DEFENSA.

La sanidad militar española necesita una estructura capaz de dar apoyo a los efectivos desplegados en zona de operaciones y a su vez dar ese soporte a los militares que se encuentren trabajando en el territorio nacional, entendiendo que se precisa de la existencia de todas las especialidades para poder proporcionar el apoyo al despliegue.

Las misiones del ROLE 4 son: asegurar la cobertura sanitaria asistencial del personal de las Fuerzas Armadas, de los afiliados al Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y del personal civil que se determine por los órganos superiores del Departamento del Ministerio de Defensa, en función de los acuerdos y convenios que se establezcan; Docencia e Investigación, con el objetivo de adiestrar, mantener y perfeccionar la formación del personal del CMS y del personal sanitario del hospital en general, cooperando y coordinando estas actividades, si fuera necesario, con otras instituciones docentes y de investigación públicas o privadas y pericial, para llevar a cabo la selección y valoración del personal, en lo referente a su capacidad psicofísica para realizar las actividades específicas de la profesión militar. ⁽³⁴⁾

La Red Hospitalaria de la Defensa está constituida por los siguientes hospitales militares:

HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA “GÓMEZ ULLA” EN MADRID.

La capacidad o grado de disponibilidad de los dos centros hospitalarios existentes, en cuanto centros de apoyo sanitario a las operaciones, es diferente, al estar dotado el Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla» con los recursos humanos y materiales necesarios para constituirse como cuarto escalón de apoyo sanitario, con capacidad de ROLE 4. ⁽³⁴⁾

La Dirección del Hospital Central de la Defensa recaerá en un oficial general médico en activo, que se denominará General Director del Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla» y dependerá orgánicamente del Inspector General de Sanidad. ⁽³⁴⁾

INTRODUCCIÓN

Por instrucción 154/2002 de 3 julio del Subsecretario de Defensa, por la que se regula la red hospitalaria de defensa, configura al Hospital Central de la Defensa como hospital de referencia para las Fuerzas Armadas, y le atribuye dos ámbitos de actuación necesariamente relacionados, el asistencial, dotándole de todas aquellas especialidades complementarias, tanto las especialidades críticas como las de interés militar, para asegurar la cobertura sanitaria de las Fuerzas Armadas; y el docente dirigido a la formación específica del personal del Cuerpo Militar de Sanidad (CMS).⁽³⁵⁾

Asimismo, la resolución 134/2005 de 29 de julio de la subsecretaría de defensa establece el reglamento de organización básica y funcionamiento del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla".⁽³⁵⁾

En Instrucción Técnica 01/2015 del comandante del Mando de Operaciones sobre "seguimiento de evacuados a TN por motivo médico que no causa baja en la operación" detalla que el Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" es el hospital de referencia y destino final para ingreso, diagnóstico y tratamiento de los evacuados por motivos médicos a territorio nacional.⁽³⁶⁾

HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA "ORAD Y GAJÍAS" EN ZARAGOZA.

El Hospital General de la Defensa «Orad y Gajías» estará dotado con los recursos humanos y materiales necesarios para ser un centro sanitario de apoyo al despliegue con capacidad de ROLE 2.⁽³⁴⁾

EVACUACIONES MÉDICAS MILITARES.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LAS AEROEVACUACIONES MÉDICAS.

La aeroevacuación medica es la forma de acercar la sanidad de los países del primer mundo a las zonas donde desplegamos, que casi siempre son países en vía de desarrollo. Es la forma de asegurar que un soldado sentirá el apoyo sanitario en caso

INTRODUCCIÓN

de que sea necesario. Históricamente el hombre ha buscado la forma de recuperar efectivos para su devolución a las filas o simplemente para su reinserción en la sociedad.

La primera aeroevacuación de heridos en combate registrada tuvo lugar durante la primera guerra mundial, con el transporte de pacientes serbios en un avión de caza francés, al que no se le realizó ninguna modificación para llevarlo a cabo. En 1916 el Doctor Chassaing convenció al gobierno francés para construir un avión capaz de llevar dos camillas. Un año después este modelo se empleó con éxito en la evacuación de heridos del frente de Amiens. ⁽³⁷⁾

Por su parte, el primer vuelo británico de ambulancia aérea registrado tuvo lugar en 1917, con el traslado al hospital de un soldado perteneciente al Camel Corps con base en Turquía. El vuelo tuvo una duración de cuarenta y cinco minutos, en vez de los tres días que habría durado el viaje por carretera. ⁽³⁷⁾

En el periodo entre guerras, tanto franceses como británicos utilizaron el avión como medio de transporte de las bajas que se produjeron en las diferentes guerras coloniales a las que tuvieron que hacer frente. Mientras la Fuerza Aérea Británica empleó aviones para aeroevacuaciones en Somaliland en 1919, unos años más tarde, los franceses evacuaron varios miles de soldados heridos en los enfrentamientos con las tribus rifeñas y bereberes en Marruecos. ⁽³⁷⁾

Por otra parte, la Fuerza Aérea Alemana fue pionera en los vuelos de aeroevacuación médica de larga distancia y a gran altitud durante la guerra civil española, empleando el avión Junkers 52 en misiones de hasta diez horas de duración a dieciocho mil pies de altitud. ⁽³⁷⁾

Sin embargo, no fue hasta la Segunda Guerra Mundial cuando se experimentó un rápido avance en las recién creadas estructuras de evacuación de heridos en el frente. Durante esta guerra, el avión pasó de ser un complemento a las evacuaciones que se realizaban fundamentalmente por tierra y mar al principio de la contienda, a representar más del 90% del total de las evacuaciones aliadas en los últimos años del conflicto. ⁽³⁷⁾

Al aumentar el espacio en el interior de los aviones, se pudo continuar proporcionando asistencia médica de los heridos durante el vuelo y así, en 1942, se

INTRODUCCIÓN

formó la primera unidad de aeroevacuación médica, el 38th Medical Air Ambulance Squadron, que tenía la misión de realizar funciones de escolta médica. ⁽³⁷⁾

Se ha estimado que, en total, el ejército norteamericano evacuó a más de un millón de soldados, entre enfermos y heridos, de todos los frentes durante los últimos tres años de la segunda guerra mundial, con una tasa de mortalidad de 4/100.000. ⁽³⁷⁾

Finalmente, y antes de terminar este conflicto, en el frente de Burma hizo su aparición el helicóptero para la realización de misiones SAR y de evacuación, debido a su capacidad para operar en lugares de difícil acceso. ⁽³⁷⁾

En 1950, la Guerra de Corea trajo consigo nuevos desafíos y oportunidades para este tipo de misiones. El terreno escarpado y de difícil acceso de la península coreana hacía las evacuaciones por carretera algo demasiado incómodo y lento como para que los heridos consiguieran llegar a tiempo y en condiciones adecuadas a una instalación sanitaria. A menudo éstos eran víctimas de un shock hipovolémico debido a los rigores del viaje y al tiempo perdido antes de recibir un tratamiento médico adecuado. Los oficiales médicos resumieron el problema al señalar que “un hombre muere en un periodo de tiempo, no sobre una distancia en millas”. ⁽³⁷⁾

Durante este conflicto, el helicóptero fue el principal medio de evacuación y durante el mismo tuvo lugar la primera evacuación de heridos en helicóptero a gran escala. Sólo los helicópteros del Ejército de Tierra americano evacuaron a más de diecisiete mil heridos entre enero de 1951 y enero de 1953 ⁽³⁷⁾.

La guerra de Vietnam fue el escaparate definitivo para demostrar la eficacia del helicóptero como transporte médico. Durante esta guerra y empleando escuadrones de helicópteros Bell UH-1 “Huey” se evacuaron a los hospitales un total de cuatrocientos mil heridos. De esta manera, por primera vez se usaban helicópteros para trasladar a los heridos desde el lugar en el que habían sido heridos, a los hospitales de campaña para recibir tratamiento médico. A este concepto se le llamó “recoge y corre” y fue responsable, al menos en parte, de que la tasa de mortalidad en este conflicto fuera mucho menor que en conflictos anteriores. ⁽³⁷⁾

Durante la Operación Libertad para Irak se evacuaron cerca de diez mil bajas del teatro de operaciones entre el 19 de marzo y el 30 de septiembre de 2003. Éste supuso el mayor esfuerzo en aeroevacuaciones médicas realizado por Estados Unidos desde la Guerra de Vietnam. ⁽³⁷⁾

INTRODUCCIÓN

CONFLICTO	VELOCIDAD MEDIA DE EVACUACION	ASISTENCIA DE MEDICA	MORTALIDAD
1 ^{ERA} GUERRA MUNDIAL	2.5 km/h	24-36 horas	80%
2 ^{DA} GUERRA MUNDIAL	10 km/h	16 horas	4.5 %
COREA	110 km/h	8 horas	2.5%
VIETNAM	130 km/h	1 hora	1.5%
YOM KIPPUR	120 km/h	4 horas	1.3%
GUERRA DEL GOLFO	300 km/h	inmediata	< 1 %

ILUSTRACIÓN 10 AERO EVACUACIÓN MÉDICA. VALORACIÓN DE LA VELOCIDAD VS LA MORTALIDAD DE LAS EVACUACIONES EN LOS DISTINTOS CONFLICTOS ARMADOS. ⁽³⁷⁾

Las primeras misiones de evacuación aérea de las Fuerzas Armadas españolas tuvieron lugar en Campaña en la guerra de Marruecos, con el avión Junkers F-13. Más tarde, durante la Guerra Civil española, los Junkers 52 se convirtieron en el avión usado para este tipo de misiones. En ese momento, los pacientes fueron transportados en avión, pero no se realizó ninguna intervención médica que no sea confort, durante estos transportes. ⁽³⁸⁾

La creación de un Equipo Español de Evacuación del Aire como tal, comenzó en 1988 cuando los cirujanos de vuelo y enfermeras de vuelo con base en el Hospital de la Fuerza Aérea en Madrid realizaron evacuaciones médicas. ⁽³⁸⁾

Durante la participación de la Fuerza Aérea española en la misión de la ONU en Namibia (UNTAG en 1989-1990), se desplegó la primera unidad táctica Air Evac en Windhoek y se trabajó según fuera necesario desde cualquiera de los lugares donde se despegaron los aviones de la Fuerza Aérea Española principalmente en Windhoek, Rundu y Oshakati). Los aviones fueron el CASA 212, que se utilizó como un pequeño avión multipropósito para el transporte de personal, carga y MEDEVAC. ⁽³⁸⁾

Miguel Ángel González describe la historia del autogiro como nave de uso sanitario. Explica que durante la década de los 20 y 30 comenzó a desarrollarse la aviación para cometidos sanitarios. En los últimos años de la Gran Guerra se habían utilizado de forma esporádica aviones de guerra para el transporte de heridos de una manera casi heroica. Fue en los años posteriores y sobre todo gracias al impulso de Francia, debido a sus guerras coloniales, cuando se tuvo un interés real por este uso para la aviación en este fin, fabricándose aparatos específicos para el transporte de

INTRODUCCIÓN

heridos. En España ocurrió lo mismo con la primera compra de aviones sanitarios para la guerra de Marruecos en el año 1922. En 1917 Mr. Chassing desarrolla el primer avión militar específico para el transporte sanitario, un Dorand AR modificado para trasladar a dos heridos tumbados. Más tarde se sucedieron distintos modelos que tenían el inconveniente de necesitar un campo de vuelo largo y mínimamente preparado. Estos requerimientos limitaban mucho la actuación de estos aparatos ya que se necesitaban pistas de suficiente longitud preparadas para el despegue y aterrizaje cerca del frente de combate. Normalmente en un frente de batalla no se encontraban este tipo de terrenos. El invento del autogiro aportó la solución a este problema. ⁽³⁹⁾

El autogiro se presentó como aeronave para transporte sanitario por primera vez en el primer Congreso de Aviación Sanitaria celebrado en París en mayo de 1929. En la exposición de aeronaves sanitarias que se realizó durante el congreso, en el aeródromo de Villaneuve-Orly, el autogiro fue pilotado por el Sr. Massot el 17 de mayo de 1929. Este sería el primer vuelo de una aeronave de ala giratoria para uso sanitario en el mundo. Este acontecimiento solo apareció reflejado como una pequeña noticia en algunos diarios. ⁽³⁹⁾

M. le Colonel Cheutin y M. le Medecin Colonel Epaulard, nombran al autogiro como una de las aeronaves más indicadas para el transporte aéreo sanitario. En las siguientes comunicaciones se recalcan las características mínimas requeridas para una aeronave sanitaria que se resumían en: seguridad en su vuelo para no exponer al enfermo a más riesgos (idea principalmente repetida debido a la poca seguridad de los aparatos de la época), capacidad de despegue y aterrizaje en campos no preparados (para no diferir la atención sanitaria) y una silueta característica que lo distinguiese de otras aeronaves (para no ser confundida ni derribada, rasgo notorio en el autogiro). En los siguientes congresos internacionales de Aviación Sanitaria celebrados en esos años, distintos españoles y extranjeros defendieron que se autorizase al autogiro como aeronave para el transporte sanitario. Son de destacar las comunicaciones de los intervinientes en el segundo congreso internacional de Aviación Sanitaria celebrado en Madrid en junio de 1933 donde, desde el presidente del congreso el Dr. Cardenal hasta los más prestigiosos invitados, alaban las cualidades del autogiro para el transporte sanitario. Durante su intervención el director de la Escuela de Aerotecnia, Teniente Coronel Emilio Herrera (que alcanzó el empleo de general y de presidente del Gobierno en el exilio), comunica la intención del inventor en realizar un modelo específico para este tipo de transporte. En este congreso se realizó la segunda exhibición del autogiro

INTRODUCCIÓN

para transporte sanitario durante la demostración aérea asociada al congreso celebrada en el aeródromo de Getafe. ⁽³⁹⁾

En España se utiliza por primera vez el autogiro en cometidos sanitarios en los incidentes de Asturias en 1934 donde se evacuan heridos y se transportan sueros y otros medicamentos para realizar una mejor y más rápida asistencia sanitaria. ⁽³⁹⁾

Durante 1934, en la Unión Soviética N. I. Kamov desarrolló un autogiro A-7 con un peso de 2.000 kg, un rotor de 15,18 m. y una velocidad de 210 km/h. De éste se fabricó una serie pequeña para uso militar y civil realizando misiones de salvamento en el Ártico. Desde el año 1935, el piloto Rolf von Bahr de la compañía "AB Autogiro" realizó vuelos de taxi, rescate y ambulancia en las estaciones de deportes de invierno de Suecia. Voló unas 7.000 horas en autogiro, siendo probablemente el récord del mundo. ⁽³⁹⁾

En 1991, se desplegaron tres equipos tácticos de evacuación médica de la Fuerza Aérea española para la Operación Tormenta del Desierto. Finalmente, fue en 1993 cuando el General Médico del Ejército del aire creó cuatro equipos de aeroevacuación médica que estaban estacionados en el Hospital de la Fuerza Aérea en Madrid, desde donde fueron activados para diferentes misiones. Su misión principal era evacuaciones médicas a las misiones de transporte del Hospital. También realizaron vuelos no solo de Medevac en apoyo de las implementaciones de las Unidades de la Fuerza Aérea, sino que uno de los equipos de Evacuación de aire permaneció con la fuerza desplegada para proporcionar la función Role 1 y medicina de vuelo. ⁽³⁸⁾

La capacidad de la Fuerza Aérea Air-Evac se convirtió en la Unidad Medevac Táctica y Estratégica de las Fuerzas Aéreas de las Fuerzas Armadas, también para la Armada y el Ejército. ⁽³⁸⁾

Durante el conflicto de la antigua Yugoslavia, las estructuras de los grupos se reorganizaron en 5 equipos. Estos equipos constaban de un cirujano de vuelo con experiencia en patologías médicas y de medicina de emergencia, un intensivista o anestesiista y tres enfermeras. Estas enfermeras tenían experiencias médicas, quirúrgicas o de trauma, por lo que en cada misión se representaban todas estas áreas. ⁽³⁸⁾

Después de 2003, el servicio médico español se reorganizó y solo quedó un Hospital Militar Central Conjunto para todas las ramas de servicio. El General de División

INTRODUCCIÓN

Médico del Ejército del Aire, Vicente Navarro, ex comandante de los grupos Evac-Aire y Medicina Operativa del Hospital del Ejército del Aire, estableció la nueva estructura médica de la Fuerza Aérea. Esta nueva estructura tenía tres unidades médicas operativas. Una era la Unidad de Evacuación del Aire e Intervención Inmediata (UMAER) y las otras dos eran las Unidades de Asistencia Médica Desplegable con una capacidad de ROLE 2 actualmente en Madrid y Zaragoza.⁽³⁸⁾

CONCEPTO DE AEROEVACUACIÓN MÉDICA

Las misiones de aeroevacuación médica son el resultado de la unión de las misiones de transporte aéreo y el apoyo sanitario prestado en operaciones, dando lugar al transporte aéreo sanitario y ampliando el alcance de las unidades médicas más allá del ámbito hospitalario. De ahí que aparezcan tanto en la doctrina aeroespacial como en la dedicada al apoyo sanitario. Sin embargo, aunque desde el punto de vista aeronáutico, se trata tan solo de misiones de aerotransporte, desde el punto de vista médico requieren prestar al herido los cuidados que precise su estado, poniéndolo en las mejores condiciones posible hasta su destino.

Estas misiones forman parte de un conjunto funcional único, denominado cadena de evacuación, en el que su principio fundamental es el transporte de las bajas a la instalación médica más apropiada, lo más rápido posible, sin que se produzca una interrupción de la atención médica. Según esto, el estado clínico del evacuado será el factor que determine el momento de la evacuación, va a condicionar el medio a emplear y el destino de éste.

Los efectos operativos que se buscan con este tipo de misiones son: La descongestión de las instalaciones sanitarias avanzadas, la concentración de medios a retaguardia, el ahorro de tener que disponer ROLES 1, 2, 3 y 4 en operaciones fuera de área, disminuyendo la huella sanitaria en zona de operaciones, los importantes efectos morales que tiene en el personal combatiente y la drástica reducción de las bajas en combate (el 65% de las bajas en combate mueren inmediatamente o en los primeros cinco minutos desde que reciben la herida; un 15% adicional, lo hace en los treinta minutos siguientes, por heridas en diversas partes del cuerpo, al no recibir tratamiento; el 20% restante, muere en las veinticuatro horas siguientes por problemas de sepsia e hipovolemia).

INTRODUCCIÓN

DIFERENCIACIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS MEDICAL EVACUATION (MEDEVAC) Y CASUALTY EVACUATION (CASEVAC)

Además del término MEDEVAC, en algunos países se emplea el término CASEVAC. El uso de uno u otro término puede crear confusión al leer la doctrina aliada, y en contra de lo que se pueda pensar, está relacionado con el tipo de transporte empleado y no con el personal que se evacúa. Desde el punto de vista médico, la normativa OTAN incluye en el término “baja” (casualty) aquellos que han muerto, han resultado heridos o están enfermos. ⁽³⁷⁾

El término CASEVAC no está reconocido como un término médico en la doctrina OTAN dedicada a apoyo sanitario, sin embargo, puede darse el caso en que la no disponibilidad de un transporte médico haga necesario el uso de medios no medicalizados y sin escolta médica, que están fuera de la cadena de evacuación. Se trata por tanto de transportes de oportunidad que no cuentan a la hora de realizar el planeamiento de la huella sanitaria en la zona de operaciones. ⁽³⁷⁾

CATEGORÍAS DE AEROEVACUACIÓN MÉDICA

El proceso de aeroevacuación médica puede llegar a incluir un máximo de tres categorías. Estas son complementarias entre sí, dependen de que la situación clínica del paciente haga necesario trasladarlo a instalaciones médicas de superior categoría y deben respetar los tiempos establecidos para realizarlas, según el grado de prioridad del evacuado. Estas categorías son:

AEROEVACUACIÓN MÉDICA AVANZADA

En el que se traslada al evacuado desde el lugar en el que ha resultado herido a la instalación médica inicial. En esta categoría es de suma importancia evacuar al herido lo antes posible a la instalación médica que proporcione un nivel de asistencia médica adecuado. Para lo cual, es necesario la “Puesta en estado de evacuación, que se

INTRODUCCIÓN

entiende como el conjunto de actos médico-quirúrgicos que tienen por finalidad evitar que el estado del evacuado empeore durante la evacuación y prevenir la presentación de complicaciones. Es un término que incluye una serie de medidas y que emplea técnicas de soporte vital avanzado traumatológico, y cuyo objetivo es la estabilización de la baja para salvar la vida, el miembro o la función, y poder ser evacuado con garantías hasta la siguiente formación sanitaria." En esta categoría los medios que más se emplean son helicópteros desplegados en zona. ⁽³⁷⁾

AEROEVACUACIÓN MÉDICA TÁCTICA (TACEVAC)

En el que se proporciona transporte aéreo dentro del teatro de operaciones para el traslado de los evacuados de una instalación médica a otra de superior categoría. En esta categoría se emplean helicópteros o aviones de transporte aéreo táctico. Por otra parte, lo más importante es sopesar la necesidad de realizar la evacuación, teniendo en cuenta los efectos del vuelo en el estado del paciente. ⁽³⁷⁾

AEROEVACUACIÓN MÉDICA ESTRATÉGICA (STRATEVAC)

En esta se proporciona transporte aéreo para el traslado de los evacuados fuera del teatro de operaciones, generalmente a territorio nacional. Cuando la distancia entre zona de operaciones y territorio nacional es muy grande o cuando la capacidad de transporte aéreo estratégico es escasa se emplean las instalaciones de evacuación intermedias. En esta categoría la responsabilidad suele ser nacional. ⁽³⁷⁾

En los documentos de la OTAN se define como "fase de la evacuación" que proporciona el puente aéreo para los pacientes de las áreas de ultramar o de los teatros de operaciones activas, a la base nacional, a otros países de la OTAN o a una zona temporal segura. También se llama "Evacuación Aeromédica Interteatro". ⁽⁴⁰⁾

El beneficio de la transferencia del paciente a una entidad de mayor nivel debe estar equilibrado con la capacidad del paciente para soportar las condiciones ambientales previstas del vuelo. Cuando se realiza la aeroevacuación encontramos situaciones problemáticas, donde la vibración (causando resonancia de las estructuras

INTRODUCCIÓN

del cuerpo dañadas), la turbulencia (causando mareos), el ruido (dificulta la comunicación) y un interior apretado y mal iluminado. Puede ser nocivo para el paciente en aviones no presurizados de ala fija, la hipoxia y la expansión de gases en las cavidades corporales pueden empeorar la condición de la víctima; Estos problemas se reducen en aeronaves presurizadas, pero no se eliminan por completo. ⁽⁴⁰⁾

MEDIOS EMPLEADOS EN LAS AEROEVACUACIONES MÉDICAS

Los medios empleados en las misiones aeroevacuación pueden ser de ala fija (aviones) o de ala rotatoria (helicópteros). Ambos tipos deben cumplir unas condiciones comunes mínimas relativas a estar dotados del personal y los equipos médicos adecuados. Lo que decide el uso de uno u otro viene determinado por razones de eficacia a la hora de ajustarse a los requerimientos de la misión. ⁽³⁷⁾

Así, el avión se considera más eficaz cuando la distancia a cubrir supera las 250 millas, por el ahorro de tiempo que supone. Mientras que el helicóptero se suele utilizar para lugares de difícil acceso, gracias a su despegue y aterrizaje vertical. ⁽³⁷⁾

La desventaja que presentan ambos tipos de plataformas es que, normalmente ninguno de ellos está diseñado específicamente para realizar misiones de aeroevacuación médica y esto repercute tanto en los equipos médicos instalados en los aviones como en el personal evacuado, que tienen que hacer frente a factores como: la hipoxia y la expansión de los gases; las aceleraciones y desaceleraciones, que harán necesario una adecuada colocación de los pacientes en el medio aéreo que se vaya a emplear para limitar sus efectos; el menor grado de humedad del ambiente por efecto de la presurización de cabina; el ruido y las vibraciones, especialmente en helicópteros, que puede ser causar resonancia en las heridas y zonas afectadas de los evacuados, además de dificultades en las comunicaciones, malfuncionamiento de los equipos médicos, por último las turbulencias, que pueden provocar mareos. ⁽³⁷⁾

INTRODUCCIÓN

LA AEROEVACUACIÓN MÉDICA EN EL EJÉRCITO DEL AIRE

Con la presencia española en misiones internacionales, nuestras Fuerzas Armadas deben desplegar un gran número de efectivos allá donde se realice la misión encomendada, generalmente con situaciones de riesgo. Para ello, la sanidad del Ejército del Aire ha tenido que adaptarse a esa nueva exigencia y asumir dos nuevas capacidades: la asistencia sanitaria a las bajas fuera de territorio nacional (TN) y las Aeroevacuaciones médicas. Estas dos capacidades constituyen la cadena asistencial que permite que una baja reciba el tratamiento médico necesario con la mayor rapidez y de manera adecuada, como ya se vio anteriormente. ⁽³⁷⁾

UNIDADES DEL EJÉRCITO DEL AIRE IMPLICADAS EN MISIONES DE AEROEVACUACIÓN

UNIDAD MÉDICA DE AEROEVACUACIÓN (UMAER) Y UNIDAD MÉDICA DE APOYO AL DESPLIEGUE (UMAAD).

Tanto la Unidad Médica de Aeroevacuación (UMAER) como la Unidad Médica Aérea de Apoyo al Despliegue (UMAAD) se han diseñado para que actúen de forma coordinada y conformen un Centro Operativo Sanitario Funcional, que asegure el apoyo médico inmediato a cualquier Fuerza Expedicionaria o Unidad del Ejército del Aire, que lo necesite. ⁽³⁷⁾

La misión principal de la Unidad Médica de Aeroevacuación (UMAER) es proporcionar la supervisión médica necesaria en una aeroevacuación. Además, la UMAER es responsable de que el material, los medios y los procedimientos de enfermería empleados en aeroevacuación alcancen el mayor grado de interoperabilidad posible con los de otros países aliados. ⁽³⁷⁾

Esta unidad no dispone de aeronaves propias para realizar las aeroevacuaciones, por lo que la realización de estas misiones va a necesitar la implicación de al menos dos unidades: una, que proporcione la plataforma aérea y la segunda, la UMAER, que va a proporcionar los equipos y el personal médico, éste último integrado como parte de la tripulación de vuelo. De esta manera, la UMAER se convierte

INTRODUCCIÓN

en el elemento común a todas las aeroevacuaciones y va a servir de apoyo al mando en la designación de la primera. ⁽³⁷⁾

Con este sistema se consigue que a la unidad médica se le asigne el tipo de aeronave más adecuado, según se trate de una aeroevacuación avanzada, táctica o estratégica. ⁽³⁷⁾

Los medios aéreos del EA más empleados son: AS-332 Superpuma (HD-21), C-295 (T-21), C-130 Hercules (T-10), Boeing 707 (T-17), Falcon 900 (T-18), Airbus A310 (T-22). ⁽³⁷⁾

Estas aeronaves, junto con los medios técnicos sanitarios de la UMAER adaptados, compatibles y certificados para la aeronavegabilidad, se convierten en auténticas Unidades de Vigilancia Intensiva (UVI) volantes. ⁽³⁷⁾

Esta unidad tiene la consideración de "Fuerza de Proyección de Muy Alta Disponibilidad", lo que implica mantener una alerta de 24 horas al día, siete días a la semana, para realizar un despliegue en 2 horas desde el momento en que es activada para una misión de evacuación y 3 horas para una intervención médica inmediata. ⁽³⁷⁾

UNIDADES DEL EJÉRCITO DEL AIRE IMPLICADAS EN LAS AEROEVACUACIONES AVANZADAS.

ALA 48

El Ala 48 es la encargada de realizar las misiones AE avanzadas, operando el helicóptero AS-332 Superpuma (HD-21). ⁽³⁷⁾

Esta unidad no dispone de un Manual Básico de Operaciones (MBO) en el que se refleje cómo llevar a cabo estas misiones. Sin duda, esto es paradójico si se tiene en cuenta el importante papel que esta unidad realizó durante la operación ISAF. ⁽³⁷⁾

En esta Operación la unidad contó con tres helicópteros AS-332 (Super Puma), que formaron parte del destacamento HELISAF. ⁽³⁷⁾

La misión del destacamento fue proporcionar el servicio de aeroevacuación médica avanzada durante las 24 horas del día en la región RC-West. Para ello, de los

INTRODUCCIÓN

tres helicópteros HD-21 Superpuma, se emplean dos como mínimo en cada misión, uno para realizar la aeroevacuación y el otro para dar protección y escolta al primero. ⁽³⁷⁾

Las tripulaciones estuvieron formadas por pilotos y mecánicos del 802 escuadrón, 803 escuadrón, Ala 49 y Ala 78; zapadores y tiradores del EZAPAC; y médicos, enfermeros y técnicos en emergencias sanitarias. Para poder llevar a cabo su misión en un ambiente tan exigente como Afganistán, las tripulaciones de vuelo fueron adiestradas en la utilización del helicóptero en condiciones extremas de altitud y temperatura (condiciones conocidas como "High-Hot"), así como en tomas y despegues en polvo y arena de día y de noche (efecto "Brownout"). ⁽³⁷⁾

Asimismo, fue necesario realizar una serie de modificaciones a los helicópteros orientadas a mejorar las capacidades de autoprotección en el teatro de operaciones afgano, tanto electrónica como infrarroja, así como de operación en ambiente nocturno. Concretamente, se incorporaron mejoras como: la adaptación de la iluminación interior y exterior de las cabinas al empleo de gafas de visión nocturna, blindaje ligero; armamento un sistema de protección electrónica formado por un alertador de aproximación de misil, un alertador laser y lanzadores de bengalas; dispositivos cortacables; filtros de entrada de aire polivalentes; difusores del calor de las turbinas; sistemas integrado de visión diurna/nocturna; comunicaciones seguras y FLIR. De esta manera, los helicópteros adquirieron una capacidad SAR de combate limitada a un nivel de amenaza medio-bajo. ⁽³⁷⁾

ALA 49

El Ala 49 tiene como misión principal la realización de misiones de Búsqueda y Salvamento. ⁽⁴¹⁾

Realiza tareas de Vigilancia Marítima, SAR en apoyo a las operaciones militares y SAR de Combate. ⁽⁴¹⁾

Asimismo, presta apoyo al despliegue de las Unidades aéreas en la Base Aérea de Son San Juan, así como al de aquellas otras que se determinen. ⁽⁴¹⁾

INTRODUCCIÓN

UNIDADES DEL EJÉRCITO DEL AIRE IMPLICADAS EN LAS AEROEVACUACIONES TÁCTICAS.

ALA 35

El Ala 35 es una de las unidades encargadas de realizar las misiones AE tácticas, operando el T-21. ⁽³⁷⁾

Esta unidad suele ser la elegida para llevar a cabo con la UMAER las pruebas necesarias para la homologación de los equipos médicos que se van a emplear en los aviones para las misiones MEDEVAC. El MBO de la unidad sólo refleja la configuración de la bodega de carga con la disposición de las camillas y los puestos del equipo médico en estas misiones. ⁽³⁷⁾

El Ala 35 estuvo presente en la Operación ISAF, entre el 15 de junio de 2006 y el 7 de mayo de 2008, y posteriormente, desde el julio de 2009 hasta el mes de junio de 2011, con el destacamento Alcor. Cuya misión fue: "Apoyar la movilidad intrateatro de las fuerzas españolas desplegadas en la Zona de Operaciones". Para lo cual tenía asignados el papel de aeroevacuación médica y transporte aéreo logístico, a nivel táctico. ⁽³⁷⁾

ALA 31

El Ala 31 es la otra unidad del Ejército del Aire que realiza misiones AE tácticas, operando el T-10. ⁽³⁷⁾

El MBO de la unidad recoge aspectos relacionados con estas misiones como la configuración del avión, el repostado del mismo con los evacuados en su interior, el equipo necesario para llevarlas a cabo y las responsabilidades del comandante de aeronave y del supervisor de carga. ⁽³⁷⁾

Esta unidad tiene desplegado un avión T-10 en la FSB de Herat para realizar Aeroevacuaciones tácticas desde octubre de 2009, después de que el destacamento Alcor del Ala 35 dejara de hacerlo en junio de 2011. ⁽³⁷⁾

INTRODUCCIÓN

UNIDADES DEL EJÉRCITO DEL AIRE IMPLICADAS EN LAS AEROEVACUACIONES ESTRATÉGICAS.

45 GRUPO

El 45 Grupo emplea el T-18 y el T-22 para realizar las misiones AE estratégicas. El T-22 tiene la limitación que sólo se puede configurar una parte de la cabina de pasajeros para realizar este tipo de misiones, puesto que la parte delantera de la misma está adaptada para su rol principal (transporte VIP). Estas misiones aparecen reflejadas en el MBO de la unidad, aunque únicamente para especificar qué tipo de evacuados pueden atender. ⁽³⁷⁾

47 GRUPO

El 47 Grupo de Fuerzas Aéreas es la unidad que para llevar a cabo misiones AE emplea el avión T-17, que dada su antigüedad se está considerando la posibilidad de su futura sustitución por el A330 MRTT36 (Multi ROLE Tanker Transport). De los tres aviones T-17 que dispone la unidad, dos son los que se pueden configurar para estas misiones. ⁽³⁷⁾

Tras analizar los condicionantes históricos de las aeroevacuaciones, los retos inherentes a las operaciones militares, las necesidades para que las bajas sean trasladadas con unos estándares adecuados de calidad, el mejor tipo de aeronave dedicada a la evacuación y la fisiopatología del vuelo, nos hacemos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son y cuál es la distribución de las causas por la que un militar español es evacuado hacia territorio nacional como evacuación estratégica?

OBJETIVOS

HIPOTESIS

En las Fuerzas Armadas españolas entre los años 2007 y 2017 los motivos de evacuación estratégica por causas no de combate son más prevalentes que los ocasionados por causas de combate.

OBJETIVOS

PRINCIPAL / GENERAL.

Evidenciar cuáles son las causas médicas que han provocado las evacuaciones estratégicas de los miembros de las Fuerzas Armadas españolas desplegados en misiones internacionales entre enero 2007 y diciembre del 2017.

SECUNDARIOS/ESPECÍFICOS.

1. Obtener una base de datos de todos los pacientes que se hayan sometido una evacuación estratégica hasta el Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" (ROLE 4).
2. Valorar si existen factores sociodemográficos (sexo y edad) relacionados con las evacuaciones.
3. Establecer cuáles son los servicios hospitalarios dentro del ROLE 4 más utilizados por los evacuados en función de las patologías.
4. Demostrar la distribución de patologías que mostraron evacuaciones estratégicas en función del año.
5. Valorar propuestas de apoyo sanitario en función de los resultados.

MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de nuestro estudio hemos solicitado los permisos a las siguientes instituciones:

- Inspección General de Sanidad de la Defensa.
- Dirección del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”.
- Jefatura de Medicina Logística Operativa - Sección de logística del Mando de Operaciones del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”.
- Comité de ética e investigación clínica del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla”.

DISEÑO.

Estudio observacional transversal retrospectivo.

POBLACIÓN A ESTUDIO

La población a estudio fueron los pacientes admitidos en el servicio de urgencias del HCDGU clasificados como ROLE 4. En todo el proceso del trabajo, el doctorando y todo el equipo investigador que participó en el estudio, asumieron las obligaciones establecidas en la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de datos de carácter personal, especialmente lo previsto en el Real Decreto 1720/2007 Reglamento de desarrollo de la citada Ley. Así mismo, se tuvo en cuenta todo lo establecido en la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.

MUESTREO.

No se realizó muestreo. Se seleccionó todo el universo de la población a estudio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

INCLUSIÓN

Los criterios de inclusión establecidos fueron: pacientes miembros de las Fuerzas Armadas Españolas o contratados por ellas, de ambos sexos, sin límite de edad que fueron admitidos en el servicio de urgencias del Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” procedentes de Zonas de Operaciones (clasificados como ROLE 4) durante el periodo de enero 2007 a diciembre 2017.

EXCLUSIÓN

No se excluyó ningún paciente.

TAMAÑO MUESTRAL.

Los pacientes que cumplieron los criterios de selección fueron 480 evacuados.

De éstos no se excluyó a ninguno y tomamos la información que tuvieran a disposición en las historias clínicas. Algunos de los pacientes no presentaban todas las variables a estudio.

VARIABLES A ESTUDIO.

SOCIODEMOGRÁFICAS:

SEXO (CUALITATIVA NOMINAL DICOTÓMICA):

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Masculino | <input type="radio"/> Femenino |
|---------------------------------|--------------------------------|

EDAD (CUANTITATIVA POLITÓMICA):

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> < 25 años | <input type="radio"/> 36-45 años |
| <input type="radio"/> 25-35 años | <input type="radio"/> > 45 años |

MATERIAL Y MÉTODO

INDEPENDIENTES:

EJÉRCITO DE PROCEDENCIA (POLITÓMICA):

-
- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Civil | <input type="radio"/> Ejército del Aire |
| <input type="radio"/> Ejército de Tierra | <input type="radio"/> Guardia Civil |
| <input type="radio"/> Armada | <input type="radio"/> Policía Nacional |
| <input type="radio"/> Infantería de Marina | |

NACIONALIDAD ESPAÑOLA (DICOTÓMICA):

-
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> sí | <input type="radio"/> No |
|--------------------------|--------------------------|

AÑO DE EVACUACIÓN (POLITÓMICA):

-
- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> 2007 | <input type="radio"/> 2013 |
| <input type="radio"/> 2008 | <input type="radio"/> 2014 |
| <input type="radio"/> 2009 | <input type="radio"/> 2015 |
| <input type="radio"/> 2010 | <input type="radio"/> 2016 |
| <input type="radio"/> 2011 | <input type="radio"/> 2017 |
| <input type="radio"/> 2012 | |

ESTACIÓN DEL AÑO (POLITÓMICA):

-
- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Primavera | <input type="radio"/> Otoño |
| <input type="radio"/> Verano | <input type="radio"/> Invierno |

DEPENDIENTES:

ZONA DE OPERACIONES DE PROCEDENCIA (POLITÓMICA):

-
- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Bosnia | <input type="radio"/> Navegación |
| <input type="radio"/> Afganistán | <input type="radio"/> Kosovo |
| <input type="radio"/> RC Africana | <input type="radio"/> Sicilia |
| <input type="radio"/> Mali | <input type="radio"/> Haití |
| <input type="radio"/> Senegal | <input type="radio"/> Turquía |
| <input type="radio"/> Líbano | <input type="radio"/> Irak |
| <input type="radio"/> Atalanta | <input type="radio"/> Estonia |
| <input type="radio"/> Polo sur | <input type="radio"/> Polonia |

AEROTRANSPORTE (DICOTÓMICA):

-
- | | |
|-----------------------------|---|
| <input type="radio"/> UMAER | <input type="radio"/> Air Europa u otra aerolínea civil |
|-----------------------------|---|

MATERIAL Y MÉTODO

MECANISMO LESIONAL (POLITÓMICA):

- Médico
- Accidente
- Deportiva
- IED (Artefacto Explosivo Improvisado) / Explosivos en general
- Arma de fuego / Arma Blanca

SERVICIO MÉDICO RECEPTOR EN ROLE 4 (POLITÓMICA):

- Psiquiatría
- Neurocirugía
- Neurología
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Odontología
- Neumología
- Cardíocirculatorio
- Digestivo
- Nefrología
- Urología
- Endocrinología
- Alergología
- Infeccioso
- Ginecología
- Traumatología
- Cirugía General
- Maxilofacial
- Cirugía Plástica
- Dermatología
- Cirugía Torácica

PATOLOGÍA POR CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES 10^{ma} EDICIÓN (CIE-10):

- Ciertas Enfermedades Infecciosas Y Parasitarias
- Neoplasias
- Enfermedades De La Sangre Y Órganos Hematopoyéticos Y Ciertos Trastornos Que Afectan Al Mecanismo Inmunológico
- Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas
- Trastornos Mentales Y De Comportamiento
- Enfermedades Del Sistema Nervioso
- Enfermedades Del Ojo Y Sus Anexos
- Enfermedades Del Oído Y De La Apófisis Mastoides
- Enfermedades Del Aparato Circulatorio
- Enfermedades Del Aparato Respiratorio
- Enfermedades Del Aparato Digestivo
- Enfermedades De La Piel Y Del Tejido Subcutáneo
- Enfermedades Del Aparato Musculoesquelético Y Del Tejido Conectivo
- Enfermedades Del Aparato Genitourinario

MATERIAL Y MÉTODO

- Síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto
- Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas
- Causas externas de morbilidad
- Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios

NECESIDAD DE MEDICINA INTENSIVA (DICOTÓMICA):

-
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Si |
|--------------------------|--------------------------|

NECESIDAD DE QUIRÓFANO (DICOTÓMICA):

-
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="radio"/> No | <input type="radio"/> Si |
|--------------------------|--------------------------|

MATERIAL PARA MEDIR LAS VARIABLES.

Como material para medir las variables se utilizaron las historias clínicas informatizadas a través del sistema informático del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" (ROLE 4) sistema BALMIS, así como las historias clínicas físicas del servicio de documentación clínica, se obtuvo la base de datos del servicio de Medicina Logística Operativa de los pacientes evacuados.

MÉTODO DE MEDIDA DE LAS VARIABLES.

Se revisaron un total de 480 historias clínicas.

Se recopilarán los datos en 2 hojas de cálculo de Microsoft Excel cumplimentadas de la siguiente manera:

- Una tabla Microsoft Excel donde se realizará un listado numerado con la referencia de la historia clínica manteniendo un algoritmo de cifrado (para mantener el principio que se recoge en lo establecido en el artículo 9 de la Ley Orgánica 15/1999, sobre protección de datos)

MATERIAL Y MÉTODO

- La segunda tabla Microsoft Excel también numerada donde ubicamos nuestras variables completándolas con los datos reflejados en el Sistema de Información Sanitaria del Ministerio de Defensa (SISANDEF / Balmis) y directamente desde la historia clínica (aquellos pacientes que no se encontraron en el sistema por inexistencia de este en el momento de la baja).

MÉTODO ESTADÍSTICO.

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA:

Para las variables categóricas se emplearán las frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

Como representaciones gráficas se usarán los diagramas de columnas, barras o de sectores.

ESTADÍSTICA INFERENCIAL:

La medida de asociación entre dos variables categóricas se efectuará mediante la χ^2 de Pearson.

En todos los casos, como grado de significación estadística se empleará un valor de $p < 0,05$ y la aplicación estadística será el paquete SPSS® versión 24.

RESULTADOS

RESULTADOS

Al finalizar el periodo de estudio y habiendo realizado un muestreo consecutivo no probabilístico, hemos obtenido una muestra (la población total) de 480 evacuados entre personal militar y civil (contratados por el MINISDEF) desde las distintas zonas de operaciones hasta el cuarto nivel sanitario (ROLE 4) Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla", en el periodo de estudio entre enero del 2007 hasta diciembre del 2017 (10 años y 11 meses; 3987 días). De todos los evacuados no se pudo obtener la totalidad de las variables, pero se decidió no excluirlos, pues arrojaban datos que nos fueron de utilidad para el estudio.

Para la codificación de los motivos de evacuación se optó por usar la última edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). Durante el proceso de codificación se realizó una clasificación por capítulos y específica de cada patología. La específica no fue usada pues proyectaba datos muy dispersos. Se prefirió estudiar la agrupación por capítulos (en los anexos se detalla dicha codificación, específica y si presentaban patologías concomitantes).

Se han analizado un total de 16 zonas de operaciones que concurrieron en el periodo de estudio. Hay misiones con un inicio y fin intra-estudio, otras que habían iniciado antes de dicho periodo de estudio y otras que aún después de terminado el estudio continuaban activas, misiones de mantenimiento de paz, misiones de ayuda humanitaria, misiones diplomáticas, con gran diferencia en el número de militares desplegados por misión y operaciones con gran diferencia en la hostilidad del entorno, con patologías endémicas de cada zona y con nivel de protección muy variables.

Se valoró la incidencia de evacuaciones por ejércitos, evaluando si era similar a la distribución de desplegados por ejércitos en zona de operaciones.

ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POR SEXO

El análisis de la población demostró que de 480 pacientes evacuados 410 (85,4 %) fueron hombres y 70 (14,6%) mujeres, esta distribución es similar a la composición de las Fuerzas Armadas.

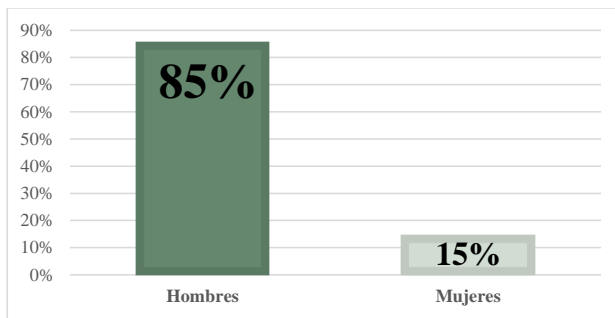


ILUSTRACIÓN 11 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POR SEXO.

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,5 pto

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,5 pto

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,5 pto

ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POR EDAD

En la variable edad hemos recogido los datos separándolos por grupos etarios siendo el más prevalente el de 25-35 años con una frecuencia de 218 (45.4%), seguido por el grupo de < 25 años con una frecuencia de 113 (23.5%). Los grupos etarios menos frecuentes fueron los de 36-45 y los mayores de 45 en ese mismo orden con frecuencias y porcentajes de 82 (17.1%) y 67 (14%) respectivamente.

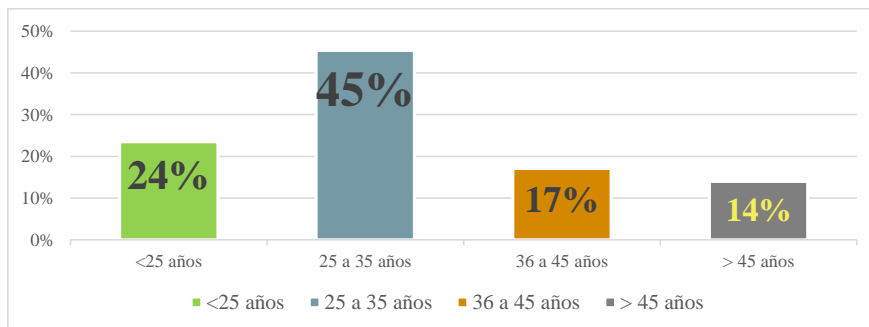


ILUSTRACIÓN 12 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POR EDAD.

Con formato: Mayúsculas

ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POR EJÉRCITO DE PROCEDENCIA

En cuanto al ejército de pertenencia o si eran civiles, hemos evidenciado una prevalencia de 256 (53.3%) bajas del Ejército de Tierra. La Armada Española evacuó a 142 de sus miembros (29.6%), el Ejército del Aire a 55 (11.5%), Se registraron 12 evacuados civiles (2.5%) y la Infantería de Marina y Guardia Civil evacuó a 11 (2.5%) y 4 (0.8%) miembros respectivamente. Esta prevalencia puede ser explicada por el porcentaje de efectivos por ejércitos que son desplegados en zona de operaciones.

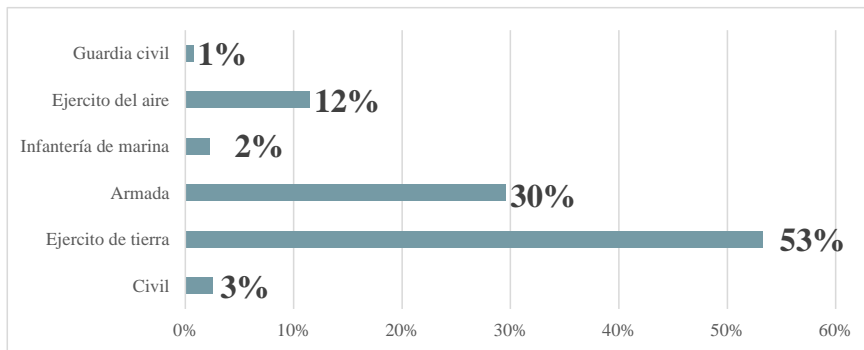


ILUSTRACIÓN 13 ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN POR EJÉRCITO DE PROCEDENCIA.

Código de campo cambiado

Con formato: Mayúsculas

ANÁLISIS DE LOS EVACUADOS POR NACIONALIDAD

Ante la clasificación de los evacuados según si eran españoles o extranjeros comprobamos que el 98 % (469 evacuados) eran españoles y un 2% (11 evacuados) de otras nacionalidades. No se valoró la nacionalidad de origen de los militares españoles.

LESIONES DE COMBATE FRENTE A NO DE COMBATE

Agrupando el mecanismo lesional para valorar si las lesiones producidas eran propias del combate o correspondían a patologías médicas o traumatológicas, se incluyó

RESULTADOS

como patología de guerra aquellas de las derivadas por armas de fuego, armas, blancas o artefactos explosivos. Se objetivó un resultado claro y sencillo de interpretar, ya que encontramos que más del 96% (462 evacuados) de los evacuados presentaban lesiones no de combate frente a un 4 % (17 evacuados) que presentaban lesiones propias del combate.

ANÁLISIS DE LAS EVACUACIONES POR AÑO DE EVACUACIÓN

Cuando analizamos la muestra en función del año de evacuación objetivamos una media de 43.6 evacuados/año. Se registraron mayor número de evacuaciones en el último año de estudio (2017) con 75 (16%) evacuados seguidos del penúltimo año de estudio (2016) que presentó 72 evacuaciones (15%) y en un tercer lugar el año 2011 con 61 evacuados (13%). El año donde se registró el menor número de evacuados fue el 2008 con 10 evacuados (2%), en los años 2007 se registraron 25 (5%), en 2009 42 evacuados (9%), en 2010 49 evacuados (10%), en 2012 49 evacuados (10%), en 2013 29 evacuados (6%), en 2014 27 evacuados (6%), en 2015 41 evacuados (9%).

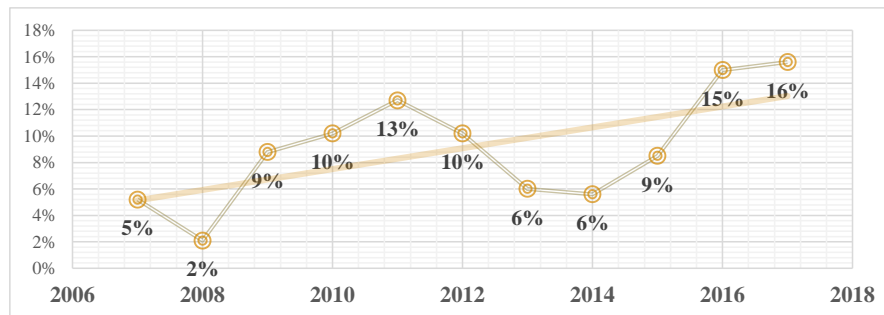


ILUSTRACIÓN 14. ANÁLISIS DE LAS EVACUACIONES POR AÑO DE EVACUACIÓN.

Con formato: Mayúsculas

ESTACIÓN DEL AÑO DE EVACUACIÓN

Se mostró una distribución de evacuados con predominancia en estaciones de invierno y verano con 152 (32%) y 147 (30%) respectivamente, superior a la de primavera 104 (22%) y a la de otoño 73 (15%).

RESULTADOS

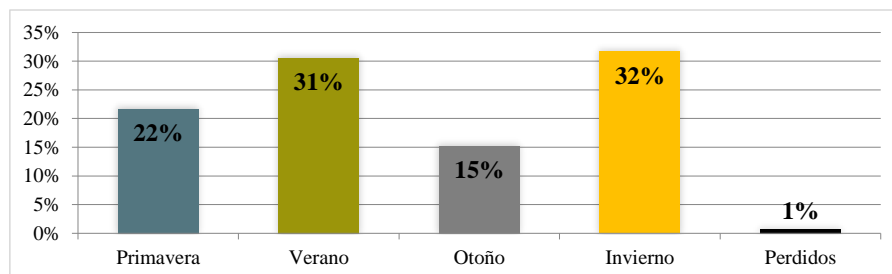


ILUSTRACIÓN 15 ESTACIÓN DEL AÑO DE EVACUACIÓN.

Con formato: Mayúsculas

AEROTRANSPORTE

Durante el periodo de estudio se objetivó qué para la evacuación hasta territorio nacional se usaron aerolíneas civiles en el 82.1% de los evacuados (394) y un 17.9% fueron evacuados por la UMAER (86 evacuados).

NECESIDAD QUIRÓFANO DE LOS EVACUADOS

Para la variable "necesidad de quirófano" hemos obtenido que en un 11 % (53 evacuados) se ha precisado la utilización de quirófano versus un gran 89% que no lo requirieron (426 evacuados).

NECESIDAD MEDICINA INTENSIVA

Para la variable necesidad de cuidados intensivos observamos que se precisó de dicho servicio en 17 evacuados (3.5%) y que en el resto no hubo necesidad de este nivel de atención.

DISTRIBUCIÓN DE LOS EVACUADOS POR ZONA DE OPERACIÓN DE PROCEDENCIA

Según la zona de procedencia desde donde fueron evacuados encontramos una distribución en la que se objetivan 4 zonas predominantes: Afganistán 132 evacuados (27.5%), Líbano con 97 evacuados (20.20%), Navegaciones 84 evacuados (17.50%) y Atalanta 56 evacuados (11.70%). Las demás zonas de operaciones presentan la siguiente distribución: Mali y Mar mediterráneo con 17 evacuados (3.50%), Irak con 15 (3.10%), Turquía 11 (2.30%), Kosovo y Polonia 10 evacuados (2.10%) Senegal 9 (1.90%), Bosnia, RC África, Polo Sur, Haití y Estonia entre 6 – 1 evacuados (1.30 – 0.20 %);

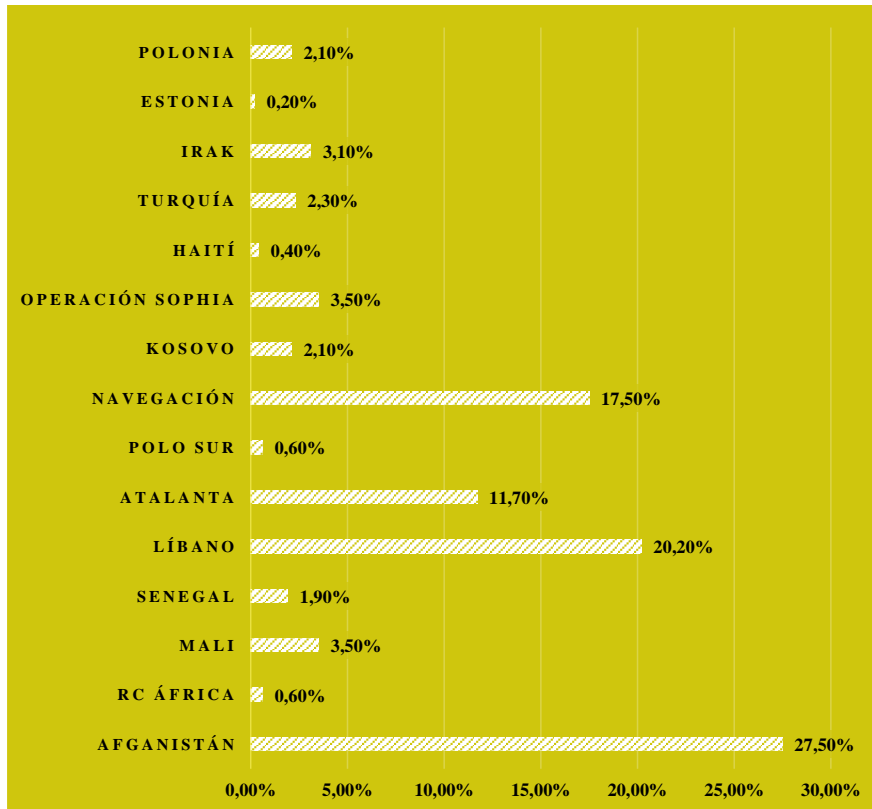


ILUSTRACIÓN 16 ~~DISTRIBUCION~~DISTRIBUCIÓN DE LOS EVACUADOS POR ZONA DE OPERACIÓN DE PROCEDENCIA.

Con formato: Mayúsculas

RESULTADOS

CATEGORIZACIÓN DE LAS EVACUACIONES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE 10)

Con el objetivo de estudiar las causas medicas de evacuación estratégica se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades basados en su última versión 10ma versión (CIE-10). Después de haberlas englobado en capítulos según esta codificación, encontramos que: ostentan los primeros 6 puestos las lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas con 182 evacuados (37.92%), siendo las principales causas dentro de este capítulo las subclasificadas como trauma de región corporal no especificada con un 9.3%, las fractura no especificada de diáfisis de peroné con un 6.6% y con un 5.5% los subclasificados como los esguinces de ligamento de tobillo no especificado y otro traumatismo de región corporal no especificada. En segundo lugar, aparecen los trastornos mentales y de comportamiento con 53 evacuados (11.04%), en los que la subclasificación dio como resultado, los trastornos de ansiedad no especificado con un 33%, el trastorno adaptativo no especificado con un 30%, el trastorno depresivo mayor con un 16% y trastorno mental no especificado con 13%. En tercer lugar, se encuentran las enfermedades del aparato digestivo con 44 evacuados (9.17%), donde la subclasificación arrojó un 18% para apendicitis no especificadas. En cuarto lugar, están presentes las enfermedades del aparato circulatorio con 34 evacuados (7.08%). En quinto lugar, se hallan las enfermedades del aparato genitourinario con 32 evacuados (6.67%). En sexto lugar tenemos las enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (5.21%), el resto de capítulos se encuentran por debajo del 4%, con el siguiente orden: las causas externas de morbilidad (3.54%), los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (3.13%), las enfermedades del sistema nervioso con 14 evacuados (2,92%), síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto con 14 evacuados (2,92%), enfermedades del ojo y sus anexos con 12 evacuados (2,50%), ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias con 10 evacuados (2,08%), enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo con 10 evacuados (2,08%), neoplasias con 5 evacuados (1,04%), enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con 4 evacuados (0,83%), enfermedades del oído y de la apófisis mastoides con 4 evacuados (0,83%), enfermedades del aparato respiratorio con 4 evacuados (0,83%) y enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico con 1 evacuado (0,21%).

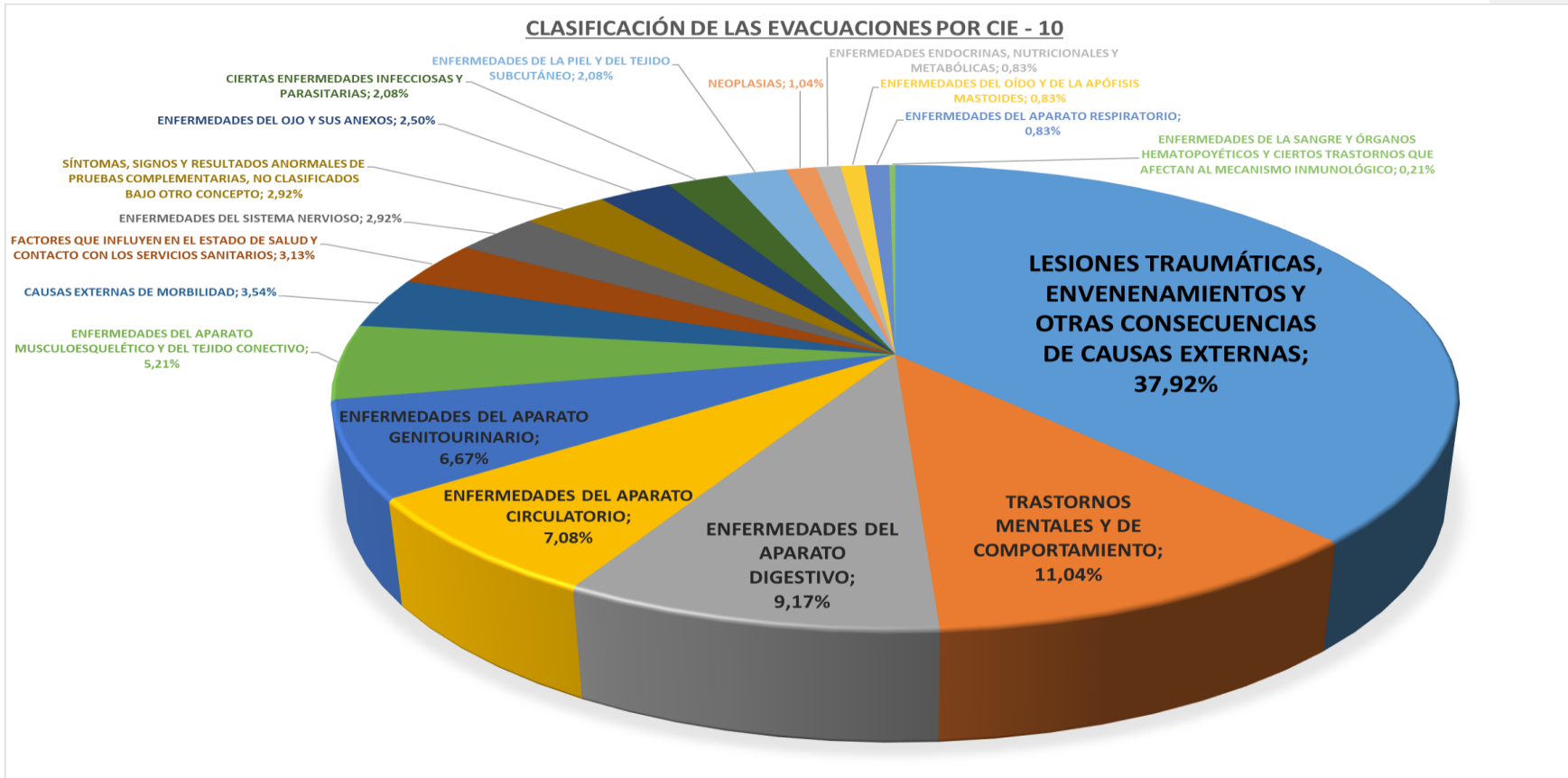


ILUSTRACIÓN 17. CODIFICACIÓN DE LAS EVACUACIONES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE 10)

Con formato: Mayúsculas

DISTRIBUCIÓN POR MECANISMO LESIONAL

En cuanto al mecanismo lesional las lesiones se han englobado en patologías medicas per sé, en accidentes, por deportes, por artefactos explosivos y por armas de fuego o armas blancas (estas dos últimas categorizaciones son las usadas para valorar las lesiones producidas por el combate). Encontramos que aproximadamente un 70% son debidas a patologías médicas, seguidas por lesiones secundarias a accidentes con un 14.6%, las deportivas siendo aproximadamente del 10 % y las lesiones de combate próximas al 6%.

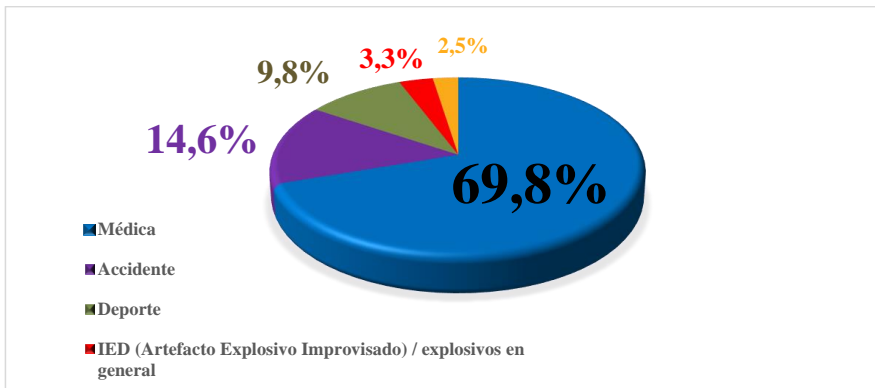


ILUSTRACIÓN 18 DISTRIBUCIÓN POR MECANISMO LESIONAL

Con formato: Mayúsculas

SERVICIO RECEPTOR EN ROLE 4

Es interesante desde el punto de vista académico / reflexivo y logístico el conocer cuáles son las especialidades médicas más implicadas en las evacuaciones y cuáles son aquellos servicios en los que se evacuan más pacientes. Por eso hemos decidido estudiar cual es la frecuencia con la que cada servicio / especialidad médica recibe un evacuado, siendo la incidencia por servicio distribuidos de la siguiente manera: traumatología 188 evacuados (39.2%), psiquiatría 56 evacuados (11.7%), cardiocirculatorio 40 evacuados (8.3%), cir. general 31 evacuados (6.5%), ginecología 25 evacuados (5.2%), urología 23 evacuados (4.8%), neurología y digestivo con 20 evacuados (4.2%), oftalmología 16

RESULTADOS

evacuados (3.3%), neurocirugía 13 evacuados (2.7%) y el resto de especialidades especialidades menos de 10 evacuados por especialidad.

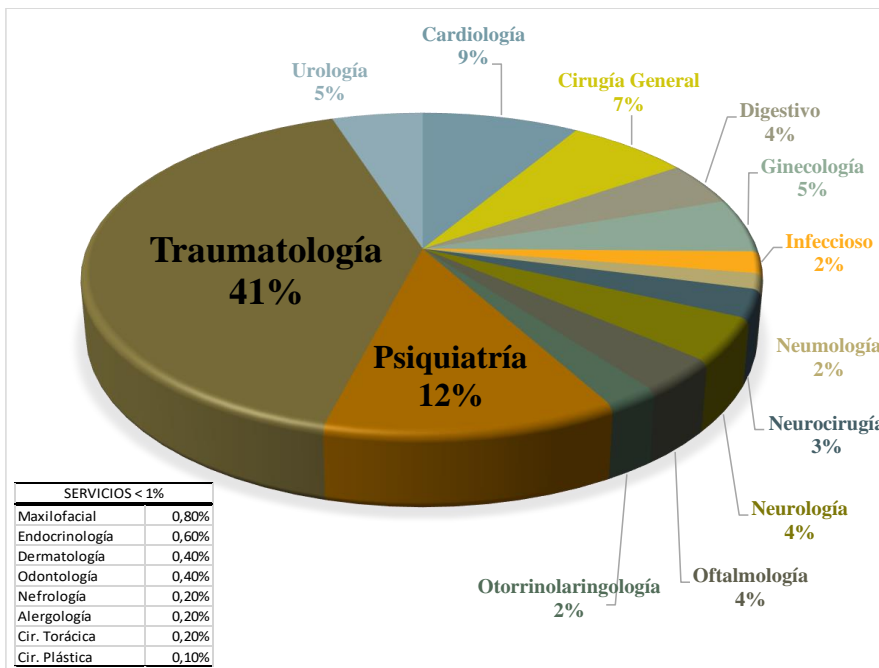


ILUSTRACIÓN 19 **SERVICIO RECEPTOR EN ROL 4**

Con formato: Mayúsculas

Cuando analizamos la variable “edad” divididas por el sexo demostró que presenta una distribución simétrica, mostrando su mayor incidencia en los evacuados entre 25-35 años, siendo en este intervalo para el brazo de los masculinos de 42.9% (176/410 evacuados) y para el brazo del personal femenino evacuado de 60% (42/70 evacuados). Siguiendo la simetría comentada el segundo intervalo de edad más evacuado fue los < 25 años con una distribución para los masculinos 23% (94/410 evacuados) y para las femeninas de un 27.1% (19/70 evacuados). En tercer lugar, aparece el intervalo de 36-45 y > 45 años con una distribución equilibrada para masculinos y femeninos respectivamente, presentando una P de 0.002, por lo que esta distribución no es debida al azar.

RESULTADOS

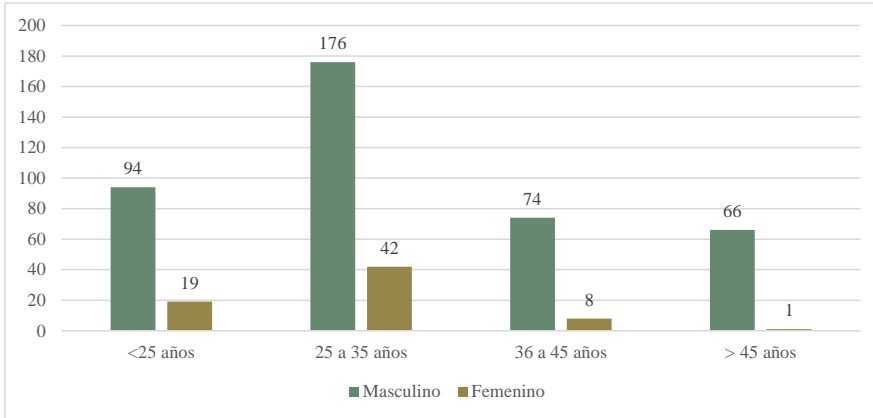


ILUSTRACIÓN 20 ~~DISTRIBUCION~~DISTRIBUCIÓN DE SEXO SEGÚN LA EDAD

Con formato: Mayúsculas

FRECUENCIA SEGÚN SEXO DE LAS EVACUACIONES POR AÑO

Si valoramos la evolución por sexo que han presentado las evacuaciones durante los años de estudios, podremos observar que del brazo del “sexo femenino” encontramos que mantiene una constante mientras que el sexo masculino presentó un ascenso exponencial, aunque objetivamos una disminución entre el periodo desde 2011-2015. Dicha asociación se podría explicar por el azar ya que presenta una P de 0.114.

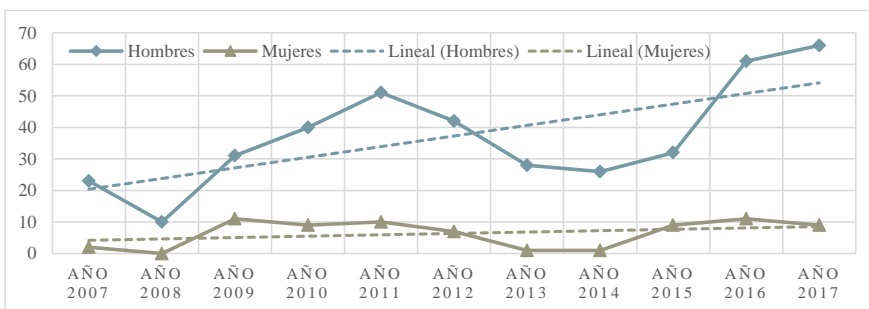


ILUSTRACIÓN 21 ~~FFRECUENCIA~~ FRECUENCIA SEGÚN SEXO DE LAS EVACUACIONES POR AÑO.

Con formato: Mayúsculas

DEPENDENCIA ESTACIÓN DEL AÑO CON ZONA DE OPERACIONES

Evaluando las evacuaciones por estación del año en que han sido evacuados los pacientes y por zona de operaciones hemos encontrado que las evacuaciones presentan un patrón de mayor evacuación durante las estaciones de verano e invierno con 147 y 148 evacuados respectivamente y un descenso de esta en primavera y otoño con 104 y 71 evacuados respectivamente. Al parecer, aunque con baja potencia estadística la distribución que presentamos en las evacuaciones por estación del año no es debida al azar, ya que presenta una P de 0.006.

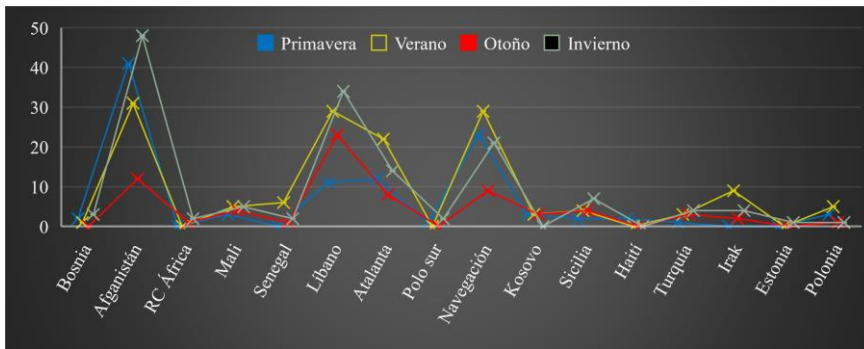


ILUSTRACIÓN 22 RELACIÓN ESTACIÓN DEL AÑO DE EVACUACIÓN CON ZONA DE OPERACIONES DE EVACUACIÓN

Con formato: Mayúsculas

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	72,233(a)	45	,006
Corrección por continuidad			
Razón de verosimilitudes	81,225	45	,001
Asociación lineal por lineal	,382	1	,536
N de casos válidos	470		

a 44 casillas (68,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

RESULTADOS

CORRELACIÓN ESTACIÓN DEL AÑO CON LESIÓN DE COMBATE O NO DE COMBATE

Valorando si existe una correlación con algún patrón de distribución entre las estaciones del año de evacuación y los tipos de lesiones fraccionados entre lesiones de combate o lesiones no de combate, encontramos que presenta una distribución muy simétrica y que las diferencias que presentan éstas son claramente debidas al azar.

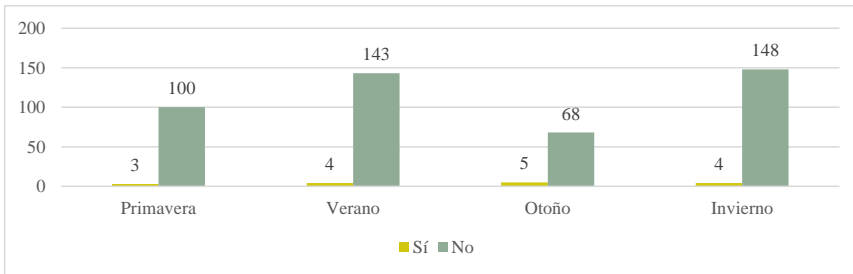


ILUSTRACIÓN 23 ~~RELACION~~ RELACIÓN ESTACIÓN DEL AÑO DE EVACUACIÓN CON LESIÓN DE COMBATE O NO DE COMBATE

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,5 pto

Con formato: Mayúsculas

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,5 pto

DISTRIBUCION DE LAS LESIONES DE COMBATE POR ZONA DE OPERACIONES

Al analizar estas variables nos encontramos que, de los 16 evacuados por causas de combate, 7 (43.8%) procedían de Afganistán, seguido por Atalanta con 3 evacuados (18.8%). Además, se presentaron 6 casos aislados, uno en cada una de las siguientes misiones Bosnia, RC Africana, Mali, Líbano, Irak. No encontramos una distribución estadísticamente significativa. Estos casos pueden ser explicados por el azar al presentar una P de 0.194.

RESULTADOS

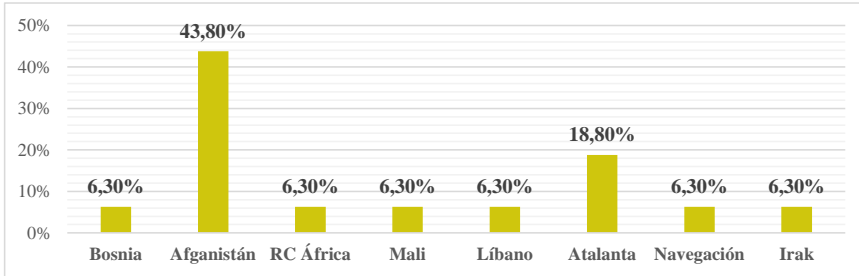


ILUSTRACIÓN 24 ~~DISTRIBUCION~~DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES DE COMBATE POR ZONA DE OPERACIONES

Con formato: Mayúsculas

ANALOGÍA MECANISMO LESIONAL - EJÉRCITO DE PROCEDENCIA

Al comparar la variable “mecanismo lesional” con el “ejército de procedencia” observamos hallazgos estadísticamente significativos con una P de 0.001 lo que significa que no presenta una distribución debida al azar, presentando una distribución por mecanismo lesional donde de mayor a menor se organizan por médicas, accidentes, deportes, explosivos y armas de fuego. Asimismo, observamos que el Ejército de Tierra es el que presenta el mayor número de lesiones por arma de fuego/arma blanca 83.3% (10/12 evacuados).

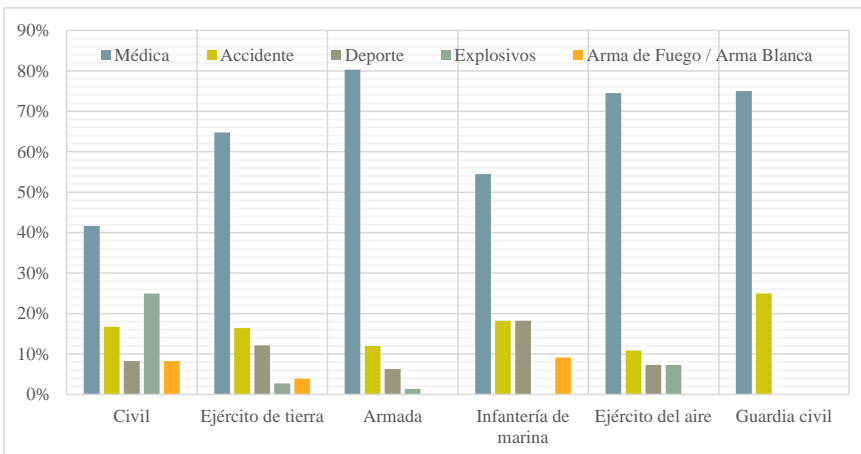


ILUSTRACIÓN 25 ~~RELACION~~RELACIÓN MECANISMO LESIONAL – EJÉRCITO DE PROCEDENCIA

Con formato: Mayúsculas

DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) POR AÑO DE EVACUACIÓN

Cuando evaluamos la distribución de las patologías individualizadas bajo la clasificación internacional de enfermedades en su décima edición por años de evacuación, encontramos una distribución muy dispersa, debida al azar. Podríamos destacar que, por año, la primera y segunda patología que más evacuaciones ha originado ha sido:

Para el 2007, en primer lugar, las lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas con 10 evacuados (40%), el segundo lugar lo ocupan los trastornos mentales y de comportamiento con 4 evacuados (16%).

En el año 2008, presentamos un primer lugar para las lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas con 3 evacuados (30%) y un segundo lugar disputado por 2 grupos de patología, las enfermedades del sistema nervioso central con 2 evacuados (20%) y las enfermedades del aparato genitourinario con 2 evacuados (20%).

En el año 2009, aparecen nuevamente en primer lugar las lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas con 11 evacuados (26.2%) y en segundo lugar los trastornos mentales y del comportamiento con 6 evacuados (14.3%).

En el año 2010, se presenta una distribución que mantiene en primer lugar las lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas 20 evacuados (40.8%) y con 4 evacuados (8.2%) presentamos 4 grupos de patologías, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades del aparato digestivo y factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios.

En el año 2011, se presenta como principal motivo de evacuación las lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas con 26 evacuados (42.6%) y 5 evacuados (8.2%) para enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo.

En 2012, las lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas con 23 evacuados (46.9%) y en segundo lugar trastornos mentales y del comportamiento con 5 evacuados (10.2%).

RESULTADOS

En 2013, el primer lugar lo comparten las lesiones mentales y del comportamiento y las lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas con 7 evacuados (24.1%), en un segundo nivel las neoplasias compartiendo este puesto con las enfermedades del aparato musculo esquelético y del tejido conectivo con 3 evacuados (10.3%).

En el año 2014, en primer lugar, las lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas con 8 evacuados (29.6%) y en segundo lugar los trastornos mentales y del comportamiento con 4 evacuados (14.8%).

En el año 2015, como en el resto de los años en primer lugar las lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas con 12 evacuados (29.3%), en segundo lugar, las enfermedades del aparato digestivo con 6 evacuados (14.6%).

Para el año 2016, las lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas con 32 evacuados (44.4%) y en segundo lugar las enfermedades del aparato digestivo con 7 evacuados (9.7%)

Por último, en el año 2017, se mantienen las lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas 30 evacuados (40%) y en segundo lugar las enfermedades del aparato circulatorio con 9 evacuados (12%), como comentado previamente esta distribución posee una P de 0.097 por lo que puede deberse al azar.

RESULTADOS

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) POR AÑO DE EVACUACIÓN.

Con formato: Mayúsculas

	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Total
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0	0	1	1	2	0	0	0	1	1	4	10
	0,0%	0,0%	2,4%	2,0%	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	1,4%	5,3%	2,1%
NEOPLASIAS	0	0	0	1	0	0	3	0	0	1	0	5
	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	10,3%	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	1,0%
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN AL MECANISMO INMUNOLÓGICO	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	4
	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	1,6%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,8%
TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO	4	1	6	4	4	5	7	4	4	6	8	53
	16,0%	10,0%	14,3%	8,2%	6,6%	10,2%	24,1%	14,8%	9,8%	8,3%	10,7%	11,0%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	1	2	1	3	1	2	0	1	0	1	2	14
	4,0%	20,0%	2,4%	6,1%	1,6%	4,1%	0,0%	3,7%	0,0%	1,4%	2,7%	2,9%
ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	1	0	0	0	3	2	0	2	1	3	0	12
	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,9%	4,1%	0,0%	7,4%	2,4%	4,2%	0,0%	2,5%
ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	4
	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,7%	0,8%
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	1	0	3	4	2	4	1	2	5	3	9	34
	4,0%	0,0%	7,1%	8,2%	3,3%	8,2%	3,4%	7,4%	12,2%	4,2%	12,0%	7,1%
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	4
	4,0%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	2	1	4	4	4	4	2	3	6	7	7	44
	8,0%	10,0%	9,5%	8,2%	6,6%	8,2%	6,9%	11,1%	14,6%	9,7%	9,3%	9,2%
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	2	0	2	0	1	0	0	0	1	4	0	10
	8,0%	0,0%	4,8%	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	5,6%	0,0%	2,1%
ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO	1	0	2	2	5	1	3	3	1	5	2	25
	4,0%	0,0%	4,8%	4,1%	8,2%	2,0%	10,3%	11,1%	2,4%	6,9%	2,7%	5,2%
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	0	2	2	2	4	4	2	2	4	3	7	32
	0,0%	20,0%	4,8%	4,1%	6,6%	8,2%	6,9%	7,4%	9,8%	4,2%	9,3%	6,7%
SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO	0	0	2	3	2	0	1	0	1	3	2	14
	0,0%	0,0%	4,8%	6,1%	3,3%	0,0%	3,4%	0,0%	2,4%	4,2%	2,7%	2,9%
LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	10	3	11	20	26	23	7	8	12	32	30	182
	40,0%	30,0%	26,2%	40,8%	42,6%	46,9%	24,1%	29,6%	29,3%	44,4%	40,0%	37,9%
CAUSAS EXTERNAS DE MORBIDAD	2	0	2	1	2	1	0	1	5	2	1	17
	8,0%	0,0%	4,8%	2,0%	3,3%	2,0%	0,0%	3,7%	12,2%	2,8%	1,3%	3,5%
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS	0	0	4	4	3	1	2	0	0	1	0	15
	0,0%	0,0%	9,5%	8,2%	4,9%	2,0%	6,9%	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%	3,1%
TOTAL	25	10	42	49	61	49	29	27	41	72	75	480
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

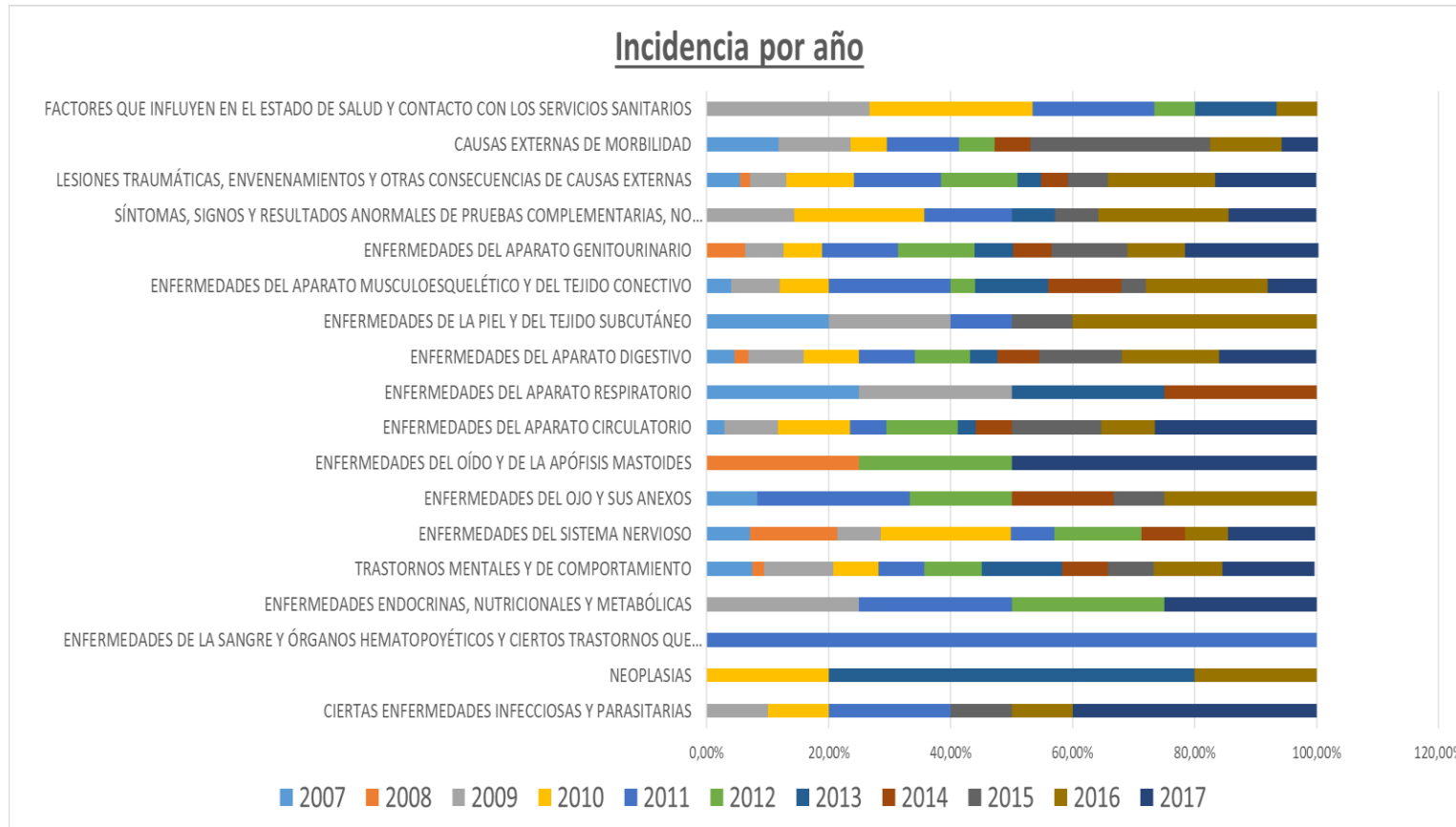


ILUSTRACIÓN 26 DDISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) POR AÑO DE EVACUACIÓN.

Con formato: Mayúsculas

DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) POR ZONA DE OPERACIONES

Encontramos la asociación entre la clasificación de las patologías mediante el CIE 10 por zonas de operaciones con una distribución muy dispersa. La significación estadística es muy alta con una P de 0.965. Los hallazgos podrían deberse al azar. Detallamos las patologías por zona de operaciones y por frecuencia de mayor a menor:

- Bosnia con un total de 6 evacuados, presenta una distribución entre las lesiones traumáticas, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas con 3 evacuados (50%), los trastornos mentales y del comportamiento con 2 evacuados cada grupo de patología (33.3%) y las enfermedades del aparato digestivo con 1 evacuado (16.7%).
- Afganistán con un total de 132 evacuados encontramos: lesiones traumáticas, envenenamiento y otras consecuencia de causas externas con 58 evacuados (43.9%), los trastornos mentales y del comportamiento con 13 evacuados (9.8%), enfermedades del aparato genitourinario con 12 evacuados (9.1%), las enfermedades del aparato digestivo con 10 evacuados (7.6%), las enfermedades del aparato musculo esquelético y del tejido conectivo con 8 evacuados (6.1%), las causas externas de morbilidad con 5 evacuados (3.8%), con 4 (3%) evacuados cada grupo las enfermedades del sistema nervioso central, enfermedades del ojo y sus anexos, enfermedades del aparato circulatorio y las descritas como factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios, con 3 evacuados cada grupo (2.3%) las clasificadas como síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro conceptos, con 2 (1.5%) evacuados las neoplasias y con 1 evacuado (0.8%) las clasificadas como ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, las clasificadas como enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, las enfermedades del aparato respiratorio, las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.

RESULTADOS

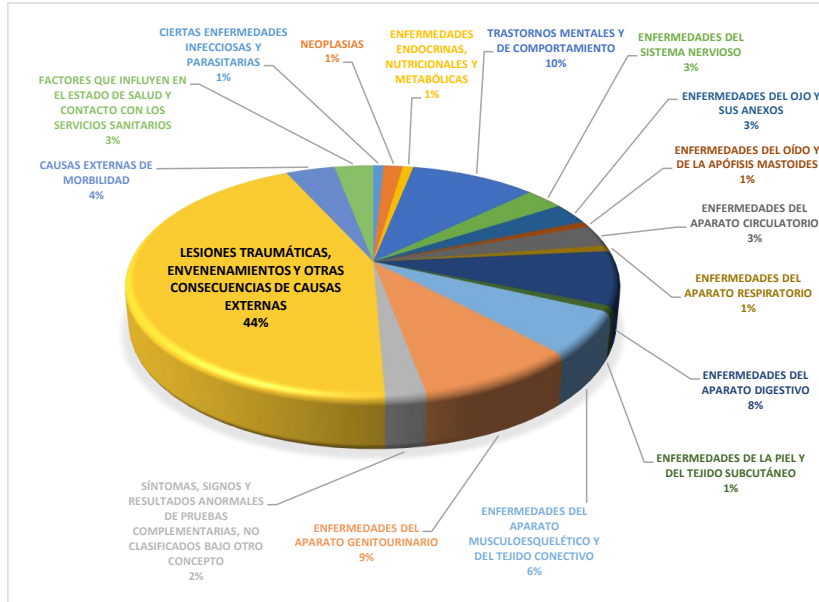


ILUSTRACIÓN 27 **D**DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN **AFGANISTAN****AFGANISTÁN**.

Con formato: Mayúsculas

- República de Centro África con un total de 3 evacuados objetivamos 2 (66.7%) evacuados clasificados como lesiones traumáticas, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas, siendo el evacuado restante 1 (33.3%) enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo.
- Mali con un total de 17 evacuados encontramos que la distribución fue, con 7 (41.2%) evacuados para lesiones traumáticas, envenenamiento y otras consecuencia de causas externas, con 2 evacuados (11.8%) los trastornos mentales y del comportamiento y los clasificados como enfermedades del aparato circulatorio, con 1 (5.9%) evacuado por cada grupo de patologías las clasificadas como neoplasias, enfermedades del ojo y sus anexos, las enfermedades del aparato digestivo, las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, las enfermedades del aparato genitourinario, las causas externas de morbilidad.

RESULTADOS



ILUSTRACIÓN 28 **D**DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN MALÍ

Con formato: Mayúsculas

- Polo sur con un total de evacuados de 3 con la consiguiente distribución: 1 evacuado (33.3%) para enfermedades del aparato circulatorio, 1 evacuado para enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo y 1 evacuado para enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo.
- Haití con un total de 2 evacuados con la siguiente distribución: 1 evacuado (50%) para enfermedades del aparato circulatorio y 1 evacuado (50%) como lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas.
- Senegal con un total de 9 evacuados la distribución fue de 2 evacuados (22.2%) las enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo, con 1 evacuado (11.1%) los grupos siguientes: enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, los trastornos mentales y del comportamiento, las enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, las enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades del aparato digestivo, las enfermedades del aparato genitourinario, las lesiones traumáticas, envenenamiento y otras causas externas.

RESULTADOS

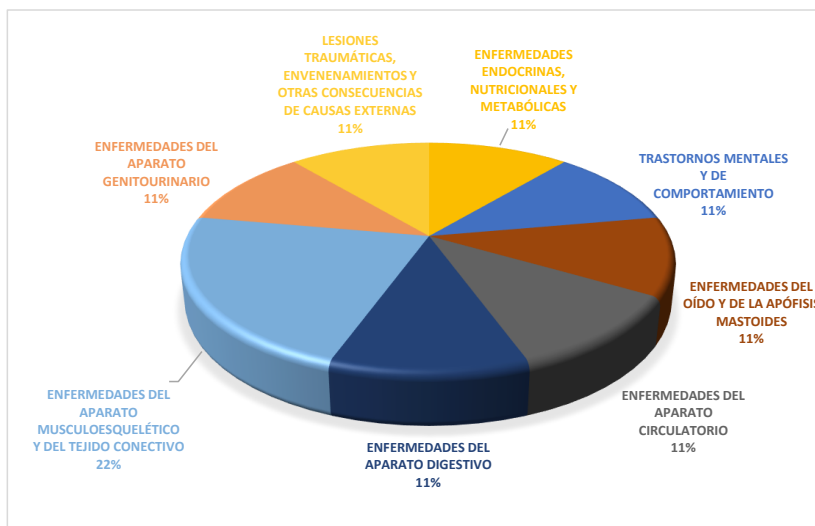


ILUSTRACIÓN 29 PDDISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN SENEGALSENEGAL.

Con formato: Mayúsculas

- Kosovo con un total de 10 evacuados distribuidos de la siguiente manera: 4 evacuados (40%) como lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas y marcados con 1 evacuado por grupo de patología (10%) los englobados como: trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades del aparato digestivo, enfermedades del aparato musculo esquelético y del tejido conectivo, síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias no clasificados bajo otro concepto y por último las agrupadas como factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios.
- Líbano con un total de 97 evacuados con una distribución 34 evacuados (35.1%) para el grupo clasificado como las lesiones traumáticas, envenenamiento y otras causas externas, con 11 evacuados (11.3%) los trastornos mentales y del comportamiento, con 10 evacuados (10.3%) para las enfermedades del aparato digestivo, con 7 evacuados (7.2%) los clasificados como enfermedades del aparato genitourinario, con 5 evacuados (5.2%) los clasificados como factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios y las clasificadas como ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, con 4 evacuados por grupo de clasificación (4.1%) las clasificadas bajo el código enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades del aparato musculo esquelético y del tejido

RESULTADOS

conectivo y las clasificadas como causas externas de morbilidad, con 3 evacuados cada una (3.1%) las clasificadas como enfermedades del sistema nervioso, las enfermedades del ojo y sus anejos, con 2 evacuados cada una (2.1%) las clasificadas como enfermedades del aparato respiratorio y las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, con 1 evacuado cada grupo patológico (1%) las clasificadas como enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, las enfermedades del oído y de la apófisis mastoides las clasificadas como signos, síntomas y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificada bajo otro concepto.

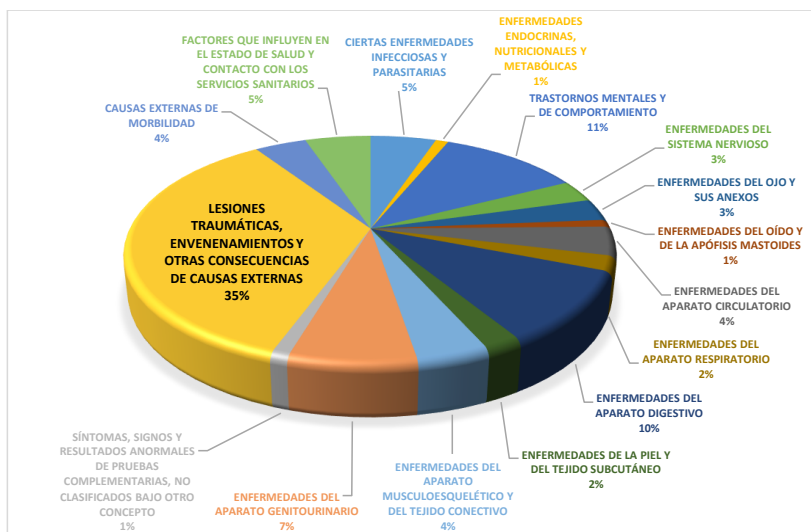


ILUSTRACIÓN 30 **D**DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN **LIBANOLÍBANO**.

Con formato: Mayúsculas

- Atalanta con un total de 56 evacuados mostramos la siguiente distribución, con 24 evacuados las clasificadas bajo el código lesiones traumáticas, envenenamiento y otras causas externas, con 5 evacuados para cada grupo (8.9%) los clasificados bajo el código trastornos mentales y del comportamiento y las clasificadas bajo enfermedades del aparato circulatorio, con 4 evacuados por grupo (7.1%) las clasificadas como enfermedades del aparato digestivo, las que se engloban en el grupo de enfermedades del aparato genitourinario, además las incluidas como factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios, con 3 evacuados (5.4%) las englobadas bajo el grupo nombrado síntomas, signos y resultados anormales de las pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto, con 2 evacuados por grupo (3.6%) las englobadas como enfermedad de

RESULTADOS

los ojos y sus anexos, las englobadas bajo enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo, y con 1 evacuado por grupo (1.8%) las englobadas como ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, las incluidas dentro de enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo y las de causas externas de morbilidad.

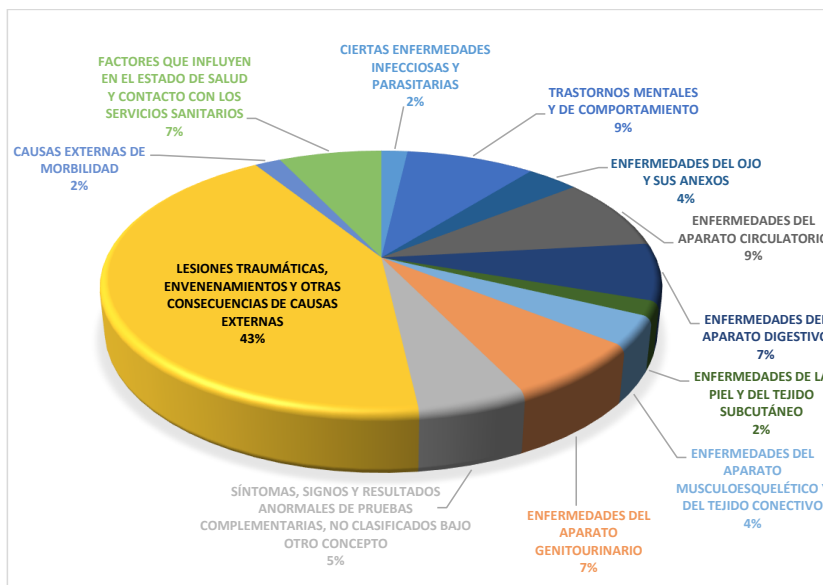


ILUSTRACIÓN 31 *PDISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN AATALANTA.*

Con formato: Mayúsculas

Con formato: Mayúsculas

- Navegación con un total de 84 evacuados con una distribución muy dispersa: 28 evacuados (33.3%) para lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causa externa, 11 evacuados (13.1%) para enfermedades del aparato digestivo, 10 evacuados (11.9%) para trastornos mentales y del comportamiento, 7 evacuados (8.3%) para enfermedades del aparato circulatorio, 5 evacuados (6%) para enfermedades del aparato genitourinario, con 4 evacuados para cada grupo de patología (4%) enfermedades del sistema nervioso central, enfermedades del aparato musculo esquelético y del tejido conectivo, para las englobadas como síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificadas bajo otro concepto, con 3 evacuados por grupo (3.6%) las clasificadas como enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, las englobadas bajo causas externas de morbilidad, con 1 evacuado por grupo (1.2%) las siguientes: ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades de

RESULTADOS

la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico, enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales, las clasificadas como enfermedades de los ojos y sus anexos y las englobadas bajo el código factores que influyen en el estado de salud y contactos con los servicios sanitarios.

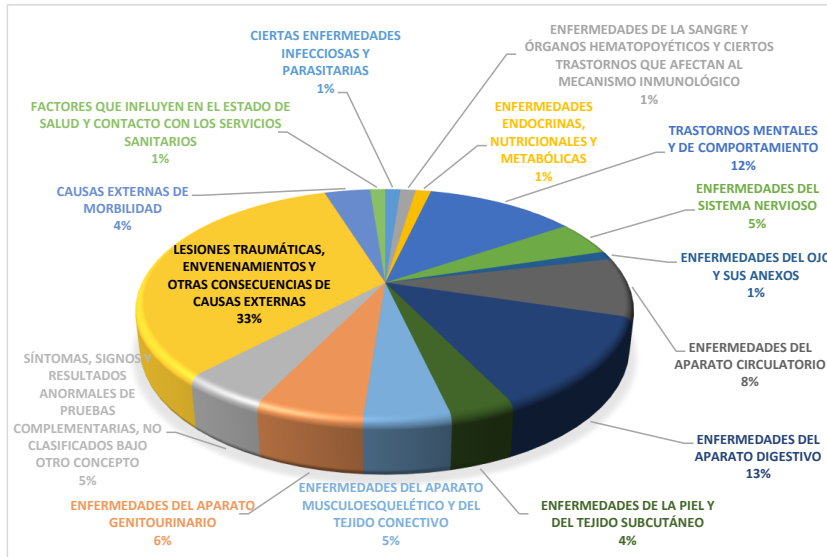


ILUSTRACIÓN 32 **D**DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN **NAVEGACIONNAVEGACIÓN**.

Con formato: Mayúsculas

- Estonia con solo un evacuado, siendo este evacuado clasificado como enfermedades del aparato circulatorio.
- Operación Sophia con un total de 17 evacuados con la siguiente distribución: 4 evacuados (23.5%) como lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, 3 evacuados (17.6%) para enfermedades del aparato circulatorio, 2 evacuados (11.8%) para cada una de los siguientes grupos de patologías: 2 para trastornos mentales y del comportamiento y 2 para enfermedades del aparato digestivo, con 1 evacuado (5.9%) para cada uno de los siguientes grupos de patologías: neoplasias, enfermedades del ojo y sus anexos, enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo, enfermedad del aparato genitourinario y causas externas de morbilidad.

RESULTADOS

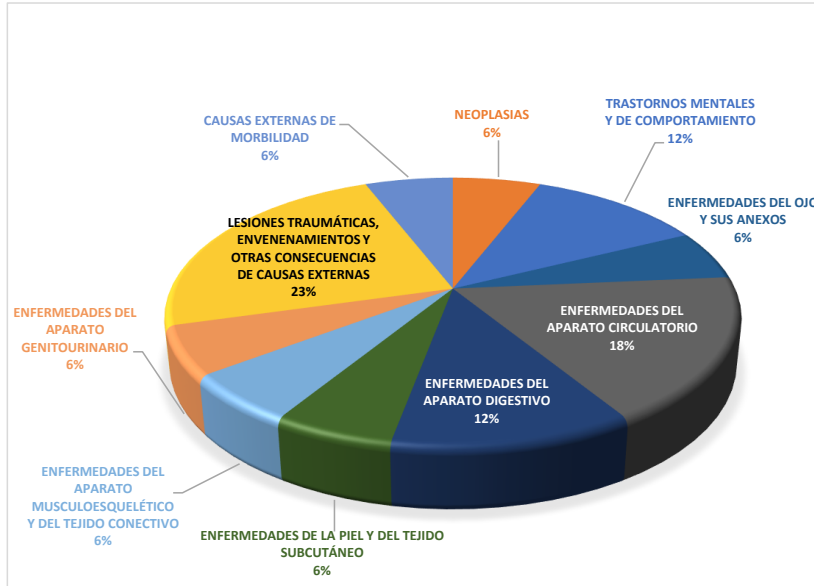


ILUSTRACIÓN 33 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN OPERACIÓN SOPHIA.

- Turquía con un total de 11 evacuados con la siguiente distribución: 3 evacuados (27.3%) como lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, con 2 evacuados (18.2%) para cada uno de los siguientes grupos de patologías: 2 para ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, 2 para trastornos mentales y del comportamiento; con 1 evacuado (9.1%) para cada grupo de los siguientes grupos de patología: enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades del aparato digestivo, enfermedades del aparato genitourinario y causas externas de morbilidad.

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,5 pto

Con formato: Mayúsculas

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,5 pto

RESULTADOS

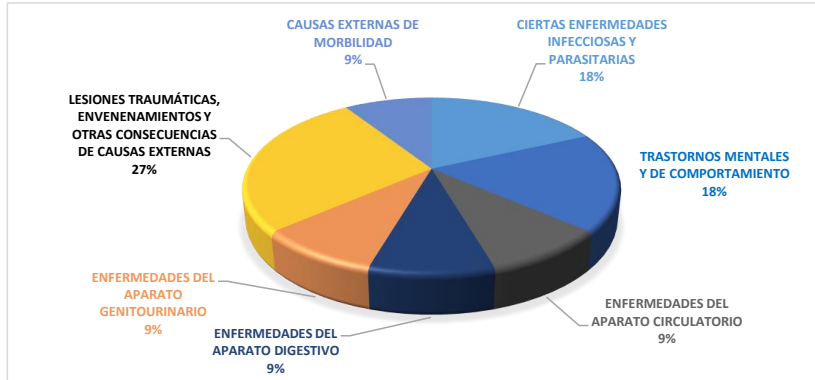


ILUSTRACIÓN 34 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN TURQUÍA.

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,5 pto

Con formato: Sin Mayúsculas

- Irak con un total de 15 evacuados con la siguiente distribución: 6 evacuados (40%) como lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, 3 evacuados (20%) como trastornos mentales y del comportamiento y 1 evacuado (6.7%): 1 evacuado como enfermedades del sistema nervioso, 1 evacuado para enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, 1 evacuado como enfermedades del aparato circulatorio, 1 evacuado como enfermedades de aparato digestivo, 1 evacuado como enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo, 1 evacuado como síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificadas bajo otro concepto.

RESULTADOS

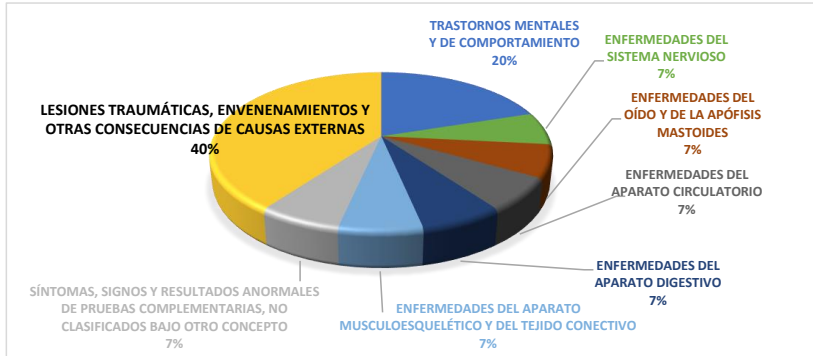


ILUSTRACIÓN 35 **D**DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN **IRAKIRAK**.

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,5 pto

Con formato: Sin Mayúsculas

- Polonia con un total de 10 evacuados y la siguiente distribución: 7 evacuados (70%) para lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas; y con 1 evacuado (10%) para los siguientes grupos de patologías: 1 como enfermedades del sistema nervioso, 1 evacuado como enfermedades del aparato circulatorio y 1 evacuado como síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificadas bajo otro concepto.

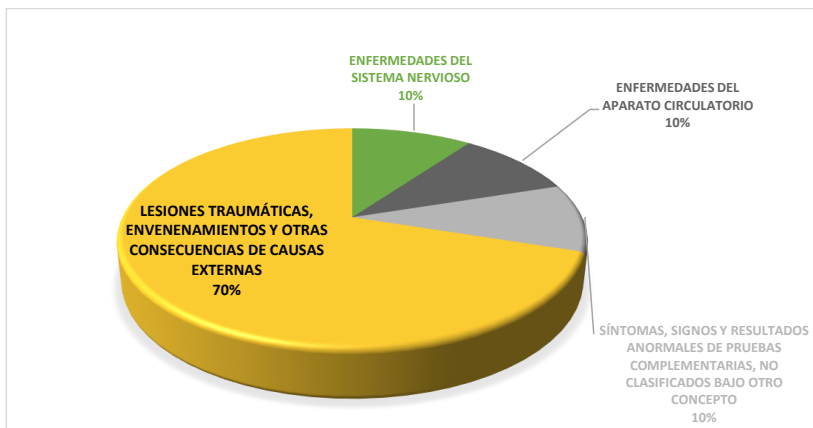


ILUSTRACIÓN 36 **D**DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) EN **POLONIA**.

Con formato: Mayúsculas, Expandido 0,5 pto

RESULTADOS

TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS DE PATOLOGÍA (CIE 10) POR ZONA DE OPERACIONES

	ZONA DE OPERACIÓN DE PROCEDENCIA																Total
	Bosnia	Afganistán	RC África	Mali	Senegal	Líbano	Atalanta	Polo sur	Navegación	Kosovo	Op. Sophia	Haití	Turquia	Irak	Estonia	Polonia	
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	0	1	0	0	0	5	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	10
	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	5,2%	1,8%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	18,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%
NEOPLASIAS	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4
	0,0%	1,5%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN AL MECANISMO INMUNOLÓGICO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	11,1%	1,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO	2	13	0	2	1	11	5	0	10	1	2	0	2	3	0	0	52
	33,3%	9,8%	0,0%	11,8%	11,1%	11,3%	8,9%	0,0%	11,9%	10,0%	11,8%	0,0%	18,2%	20,0%	0,0%	0,0%	11,0%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	0	4	0	0	0	3	0	0	4	0	0	0	0	1	0	1	13
	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%	0,0%	0,0%	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	10,0%	2,7%
ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	0	4	0	1	0	3	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	12
	0,0%	3,0%	0,0%	5,9%	0,0%	3,1%	3,6%	0,0%	1,2%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	11,1%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	0,0%	0,8%
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	0	4	0	2	1	4	5	1	7	0	3	1	1	1	1	1	32
	0,0%	3,0%	0,0%	11,8%	11,1%	4,1%	8,9%	33,3%	8,3%	0,0%	17,6%	50,0%	9,1%	6,7%	100,0%	10,0%	6,8%
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	1	10	0	1	1	10	4	0	11	1	2	0	1	1	0	0	43
	16,7%	7,6%	0,0%	5,9%	11,1%	10,3%	7,1%	0,0%	13,1%	10,0%	11,8%	0,0%	9,1%	6,7%	0,0%	0,0%	9,1%
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO	0	1	0	1	0	2	1	1	3	0	1	0	0	0	0	0	10
	0,0%	0,8%	0,0%	5,9%	0,0%	2,1%	1,8%	33,3%	3,6%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%
ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO	0	8	1	0	2	4	2	1	4	1	1	0	0	1	0	0	25
	0,0%	6,1%	33,3%	0,0%	22,2%	4,1%	3,6%	33,3%	4,8%	10,0%	5,9%	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	0,0%	5,3%
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	0	12	0	1	1	7	4	0	5	0	1	0	1	0	0	0	32
	0,0%	9,1%	0,0%	5,9%	11,1%	7,2%	7,1%	0,0%	6,0%	0,0%	5,9%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	6,8%
SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO	0	3	0	0	0	1	3	0	4	1	0	0	0	1	0	1	14
	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	5,4%	0,0%	4,8%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	10,0%	3,0%
LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	3	58	2	7	1	34	24	0	28	4	4	1	3	6	0	7	182
	50,0%	43,9%	66,7%	41,2%	11,1%	35,1%	42,9%	0,0%	33,3%	40,0%	23,5%	50,0%	27,3%	40,0%	0,0%	70,0%	38,5%
CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD	0	5	0	1	0	4	1	0	3	0	1	0	1	0	0	0	16
	0,0%	3,8%	0,0%	5,9%	0,0%	4,1%	1,8%	0,0%	3,6%	0,0%	5,9%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS SANITARIOS	0	4	0	0	0	5	4	0	1	1	0	0	0	0	0	0	15
	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,2%	7,1%	0,0%	1,2%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,2%
Total	6	132	3	17	9	97	56	3	84	10	17	2	11	15	1	10	473
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Con formato: Mayúsculas

Tabla con formato

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Las Fuerzas Armadas Españolas han participado en múltiples misiones integradas en organizaciones llegando a verse envueltas en conflictos bélicos, misiones de mantenimiento de paz y misiones de ayuda humanitaria. Ante esta situación debemos estudiar los motivos que justifican el cese de la labor de un militar ya que desde siempre los conflictos han generado bajas por diversos indoles. Las causas sanitarias han de ser estudiadas con periodicidad por parte del Cuerpo Militar de Sanidad a fin de lograr una dotación, equipo, formación inicial y continuada adecuadas para dar respuestas al manejo de esas situaciones. Partiendo de los hallazgos encontrados y puestos a responder a los objetivos de nuestro estudio, procedemos a discutir los resultados distribuyendo los estudios a comparar por zona de operación y por país quien realiza el estudio.

Algunas publicaciones no detallan el lugar desde donde se evacua la baja. Es el caso del análisis de Joseph K. Maddry y colaboradores quienes mediante el estudio titulado "Critical Care Air Transport Team Evacuation of Medical Patients Without Traumatic Injury" ⁽⁴²⁾ evalúan las características de los pacientes evacuados por causas no traumáticas hasta el hospital "Landstuhl Regional Medical Center" durante los años 2007-2015. En dicho estudio revisaron 672 historias, 90% eran varones (cifras similares a nuestro estudio donde presentamos un 85.4%) nosotros hemos valorado casi un 98 % de personal militar, en contraposición de la población estudiada por Joseph donde no llega a alcanzar el 60 %. Probablemente esto es debido a la diferencia de población atendida en zona de operaciones. El 56% de las historias clínicas revisadas presentaban enfermedades no traumáticas, mientras que en nuestro estudio esta causa se encuentra en cerca de un 70% (69.8%) de los evacuados.

Benjamín Walrath ⁽⁴³⁾ y colaboradores examinan 428 pacientes, evacuados a través de la armada estadounidense. Describen una población con un 48% de pacientes que fueron evacuados por traumatismos. En nuestro estudio objetivamos una prevalencia de casi el 38 %, siendo las causas traumáticas las más prevalentes en casi todas las zonas de operaciones estudiadas.

Avni A. Patel et al ⁽⁴⁴⁾ evaluaron en el 2016 la causa principal, el tipo y la localización anatómica de los evacuados de Afganistán e Irak en el periodo entre 2001 Y 2013. Analizaron un total de 68.349 evacuados de ambas zonas de operaciones.

DISCUSIÓN

Mostraron para la variable de lesiones no de combate un 31% para los evacuados desde Afganistán y un 34% de los evacuados desde Irak. Estos datos son diferentes a nuestro estudio donde presentamos un 94.7% para los pacientes con lesiones no de combates evacuados desde Afganistán y 93.3% de los evacuados desde Irak. Este hecho posiblemente se deba a la diferencia de las directrices en zona de operaciones de ambos países y al mayor número de enfrentamientos armados que tiene el ejército estadounidense.

ISAF / RESOLUTE SUPPORT AFGANISTÁN

Afganistán ha sido la zona de operaciones que más trabajos de investigación ha generado por sus características, comparándole con el resto de las misiones en las que nos hemos visto implicados.

FRANCIA

Jimmy Robert y colaboradores ⁽⁴⁵⁾ realizan un estudio epidemiológico entre 2001 y 2014 de evacuaciones estratégicas de las Fuerzas Armadas Francesas desplegadas en Afganistán. Encontraron un total de 182 evacuados siendo un 60% por causas de combate. En nuestro estudio de un total de 132 evacuados desde Afganistán encontramos que no llegan a ser del 6 % el número de evacuados por causas "De combate". Sin embargo, en el caso especial esta la Zona de Operaciones que ostenta el mayor porcentaje de evacuados por causas de combate de todas las zonas estudiadas.

Justine Simonet y colaboradores ⁽⁴⁶⁾ analizaron las bajas francesas en Afganistán en un estudio retrospectivo entre octubre del 2010 y agosto del 2012 que fueron evacuadas en helicóptero hasta niveles sanitarios superiores intrazona de operaciones y posteriormente hasta territorio nacional. Describen 190 combatientes franceses heridos en combate. Los evacuados hasta territorio nacional fueron un total

DISCUSIÓN

de 114 (60%), a diferencia de nuestro estudio donde hemos presentamos un total de 7/132 (5.3%) evacuados por causas de combate desde Afganistán.

Olivier Aoun ⁽⁴⁷⁾ y colaboradores describen las bajas francesas procedentes de Afganistán, Líbano y Costa de Marfil. Notifican 68 evacuaciones de las cuales 28 fueron psiquiátricas y 26 traumatológicas. Una distribución de motivos de evacuación similar a nuestro estudio, siendo las dos primeras causas de evacuación, al parecer una constante en todos los estudios de evacuaciones.

HOLANDA

Huizinga y colaboradores ⁽⁴⁸⁾ evalúan los evacuados holandeses desde el sur de Afganistán (2003-2014). Encontraron que las lesiones traumáticas fueron la causa principal de la evacuación (63%, 141/223). Además, describen que los dispositivos explosivos improvisados fueron el principal mecanismo de lesión (67%, 60/89) en lo que describe como el grupo de víctimas de la batalla. Estos datos coinciden de forma exacta con los obtenidos en nuestro estudio. Nosotros obtuvimos como primera causa de evacuación las clasificadas como lesiones traumáticas, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas con 43.9% (58/132) de los evacuados de Afganistán y un 37.92% (182 evacuados) de todas las Zonas de Operaciones estudiadas. Al igual que el estudio holandés, el principal mecanismo lesional fue el relacionado con explosivos improvisados (16 evacuados, 57 % de las bajas de combate).

POLONIA

Krzysztof Korzeniewski y Robert Gregulski ⁽⁴⁹⁾ revisaron las evacuaciones médicas de los soldados polacos entre 2007-2013 desde Afganistán. Obtuvieron un total de 485 evacuados sufrieron lesiones de batalla, lesiones no de batalla y enfermedades. Reconocen que 40.6 % de los evacuados son debidos a causas de combate de las que la mayoría fueron por aparatos explosivos improvisados. 32.4 % las que considera como lesiones no de batalla y 27% enfermedades de las cuales 5.6% fueron enfermedades

DISCUSIÓN

gastrointestinales, 4.5% psiquiátricas, 4.3% neurológicas, 2.7% musculo esqueléticas, 2.3% urogenitales, 2.1% infecciosas y parasitarias y 1.9% cardiovasculares. Además, detallan que hubo un repunte en el número de evacuados durante el periodo de 2010 – 2011 con un total de 251 evacuados. En la variable edad, presentaron un 72.9% para el rango de 26-35 años. El tiempo de análisis ha sido mayor en nuestro estudio con una diferencia de 4 años entre los trabajos (7/11). Ellos han analizado un total de 485 bajas provenientes de Afganistán, sin embargo, nuestro estudio abarca 16 zonas de operaciones incluyendo Afganistán y contamos con un número similar de evacuados, a diferencia de nuestro estudio, los polacos han presentado un mayor porcentaje de evacuados por causa de combate. Compartimos que la causa principal de bajas por lesiones de combate fue a raíz de artefactos explosivos improvisados. De los evacuados por enfermedades, la distribución fue muy distinta entre los estudios. Nuestro año con más evacuados fue el año 2016 – 2017. En donde los datos son semejantes es cuando evaluamos la variable “edad”, ya que en ambos estudios las bajas evacuadas con edades entre 25-35 años son las más prevalentes.

ESPAÑA

González García C., et al. ⁽⁵⁰⁾ estudiaron de forma retrospectiva las evacuaciones tácticas y estratégicas españolas realizadas en Afganistán desde el inicio de la misión en enero de 2002 hasta 2015 a través de los archivos de la Unidad Médica de Aeroevacuación (UMAER), con un total de evacuados de 107 pacientes. De estos el 14% fueron mujeres frente al 86% de varones (coincidiendo con nuestro estudio). El 9,4% fueron civiles (la mayoría menores de edad) frente al gran porcentaje de pacientes militares. En nuestro estudio, valorando 16 zonas de operaciones tratamos a un 3% de civiles, con una edad media de 31 años. En cuanto a distribución por patologías presentaron 57% patologías quirúrgicas o traumáticas, siendo su origen en la mayoría de los casos accidentes de trabajo o deportivos y con menor frecuencia en acciones de combate. Atribuyen un 43% de las bajas evacuadas a enfermedades médicas, donde cabe destacar que de estas especialidades médicas un 22% corresponde a patología psiquiátrica, el 19,5% a patologías de origen cardíaco que en varias ocasiones necesita tratamiento intensivo y 10,8% a la especialidad de urología. En nuestro estudio hemos presentado una distribución muy similar, incluso tal vez las diferencias que presentamos se deban a los criterios de categorización, pues describimos casi un 70% de patologías

DISCUSIÓN

médicas. De las que no fueron clasificadas como médicas, encontramos un 14.6% de lesiones por accidente. De las patologías medicas presentamos un 11.04% de las clasificadas como trastornos mentales y de comportamiento y en segundo lugar las clasificadas como enfermedades del aparato digestivo.

Munayco y colaboradores ⁽⁵¹⁾ han estudiaron las características de las bajas en combate atendidas en Afganistán entre los años 2006 y 2008 por los efectivos de la Sanidad Militar española. Reflejan una distribución por sexo Varón/Mujer de 246/10, atendiendo un 44 % de pacientes de las Fuerzas Armadas Afganas, un 32 % de civiles, y un 24% a personal ISAF. Presentan una evolución temporal en aumento en cuanto al número de evacuaciones por año: 2006 19%, 2007 36% y en 2008 un 44%. El 71 % de las bajas fueron por lesiones con explosivos y el 29% restante por arma de fuego. En nuestro estudio, al igual que el de Munayco, presentamos un mayor porcentaje de pacientes lesionados por aparatos explosivos improvisados que por arma de fuego con una distribución de 57.14% / 42.8% respectivamente. Con respecto a la evolución temporal de los evacuados / atendidos, a diferencia de Munayco no objetivamos una diferencia significativa. Lo que sí parece ser semejante en todos los estudios revisados es la distribución de los estudiados por sexo, presentando una relación de hombre/mujer de 8/2. Al parecer la presencia de efectivos por sexo, tanto en las fuerzas armadas como en zona de operaciones presenta esa relación.

Martínez Sánchez. JA. ⁽⁵²⁾ analiza el personal español desplegado en Afganistán entre mayo de 2005 y septiembre de 2009 asistido por el servicio de Psicología del ROLE 2 de Herat, relata las características de riesgo y peligrosidad de las misiones que realizan en Afganistán. Presentó un total de 172 casos, de los cuales un 87,21% (n = 150) eran hombres. La media de edad fue 32,31 años, ligeramente superior en el caso de los hombres (32,38) que en el de las mujeres (29,11). Un 66% tenía menos de 40 años y solo 2,91% eran mayores de 50 años. El 59,09% de las mujeres atendidas se encontraba en el intervalo de edad 26-30 años. El mayor porcentaje del personal militar atendido pertenecía al Ejército del Aire (43%), seguido por el personal de Ejército de Tierra (38,37%) y de Cuerpos Comunes de las Fuerzas Armadas (7%). Un sujeto (0,58%) pertenecía al destacamento de la Guardia Civil en la FSB de Herat; Siguiendo la clasificación de la American Psychological Association, destacan los trastornos de ansiedad (40,65% de los sujetos diagnosticados) y los trastornos adaptativos (20,88%) presentando seis casos de duelo complicado y de problemática relacionada con el ámbito laboral (6,59%). Un 5,49% de los militares evaluados (n=5) presentó trastornos del sueño. Estos datos nos sirven como apoyo a nuestro estudio, ya que en nuestra

DISCUSIÓN

muestra los trastornos de la psique ocupan el segundo grupo de patologías más frecuentes con un 11.04% de todos los evacuados de todas las zonas analizadas y de 9.8% (13 evacuados) para los procedentes desde Afganistán. Aunque en nuestro estudio no describimos al detalle cada grupo de patología, hemos podido reconocer durante la clasificación que la mayoría de los casos se trataba de trastornos de ansiedad y adaptativos, presentando además gran similitud en lo que a la distribución de los datos demográficos. Encontramos como diferencia entre los estudios la distribución por ejércitos posiblemente debido a la población destinada en la base de Herat.

Torres León y colaboradores⁽⁵³⁾ revisan las evacuaciones por causas médicas del continente ISAF durante los años 2009-2012. Encuentran 139 bajas «de combate» 10,80% y «no de combate» 89,20%. Entre las bajas «no de combate» las principales causas fueron las lesiones traumatológicas n=41 (33,6%). Entre las bajas por acciones hostiles los agentes lesivos fueron las armas de fuego n=7 (46,67%) y los IEDs n= 8 (53,33%). ~~EA diferencia en nuestro estudio no encontramos este número de evacuados, ya que tenemos registrados siendo en nuestro estudio solo de 132 evacuados desde la zona de operaciones Afganistán. De éstos, presentamos un número menor por causas de combate (solo un 5.3%), al igual que en su estudio detallamos como causa "no de combate" las clasificadas como traumatológicas, mostrando como causa de combate un mayor número de pacientes por cada variable, por arma de fuego 12/480 evacuados para un 2.5% y 16/480 evacuados por IEDs para un 3.3%, existe por tanto una variabilidad leve entre ambos estudio, pero que demuestra claramente que coinciden las causas de evacuación.~~

APOYO A IRAK

ESTADOS UNIDOS

Steven P. Cohen y colaboradores⁽⁵⁴⁾ describe las evacuaciones entre 2004 y 2007 desde Irak y Afganistán, obteniendo un total de 2155 evacuaciones. Las lesiones relacionadas con la guerra en este grupo representaron el 25.6% de las evacuaciones, existiendo como causas más comunes las lesiones relacionadas con el combate (55,4%) y lesiones musculoesqueléticas / espinales (22,9%). Entre las ~~personas bajas~~

DISCUSIÓN

con lesiones no relacionadas con la guerra, las lesiones musculoesqueléticas representaron el 17.8% de las evacuaciones. ~~Los diagnósticos asociados con las tasas más altas de evacuación al servicio e~~En el grupo de personal no militar ~~los motivos de evacuación más prevalentes~~ fueron ~~los~~ diagnósticos psiquiátricos (15.6%).

~~Cohen además presenta un 56% de evacuados con lesiones relacionadas con el combate a diferencia de nuestro estudio donde predominan las lesiones descritas como "no de guerra". entre aquellos con lesiones relacionadas con la guerra y dolor no cardíaco en el pecho o abdominal (44.0%) entre aquellos con lesiones no relacionadas con la guerra, en contraposición nuestro estudio desde las mismas zonas de operaciones de los estudiados por S.P. Cohen la causa principal de evacuación varía siendo esta las no relacionadas con el combate, aunque~~No obstante, dentro de las no relacionadas con el combate en su estudio aparecen las lesiones musculoesqueléticas y refieren un gran número de evacuados por causas psiquiátricas por lo que podemos ver en los estudios comparados son causas comunes para todos los ejércitos.

ATALANTA

ESPAÑA

Plaza Torres et al ⁽⁵⁵⁾ realizan un análisis transversal retrospectivo durante el periodo 1/8/09 hasta 1/10/15 de pacientes atendidos en la enfermería de 6 buques de la Armada española durante la operación Atalanta. ~~Realizaron 3280 primeras consultas, de ellas el 49,7% se efectuaron en fragatas F-80. Las principales atenciones estaban categorizadas como "otras enfermedades" (1495 -45,5%-), seguidas de "otras lesiones" (1008 -31%-), enfermedad dermatológica (367 -11,1%-), enfermedad bucodental (183 -5,9%-), enfermedad ocular (97 -2,9%-), quemaduras de primer y segundo grado (54 -1,85%-), deshidratación (32 -0,9%-), ginecología (17 -0,5%-), insolación (16 -0,4%), inhalación tóxica (4 -0,15%). Se evacuaron a 8 miembros de la dotación a un escalón sanitario superior (0,6% de la dotación de los buques). Se atendieron a 38 civiles y a 51 presuntos piratas. En nuestro estudio para la misión atalanta se ~~computaron analizaron~~ un total de 56 evacuaciones ~~de las~~ que se distribuyen de la siguiente manera: 24 evacuados codificados como lesiones traumáticas,~~

DISCUSIÓN

envenenamiento y otras causas externas, como segunda causa las clasificadas como trastornos mentales y las enfermedades del aparato circulatorio, en tercer ~~lugar~~ lugar, las enfermedades del aparato digestivo, y las enfermedades genitourinarias, en ambos estudios se encontraron casuísticas disímiles. Se entiende que las patologías más predominantes dentro de la misión no son las ~~que se disponen a ser~~ originan más evacuaciones, por lo que debemos individualizar los estudios de los pacientes atendidos en las consultas de aquellos que son evacuados. De cara a la valoración de la formación que recibe el personal previo a despliegue, tendríamos que analizar los pacientes atendidos en consulta dentro de cada Zona de Operaciones.

Navarro Suay R. et al. ⁽⁵⁶⁾ analizan su experiencia en el buque de asalto anfibio L-51 "Galicia" en la operación Atalanta en el periodo entre julio y octubre de 2015 donde describen una evacuación médica estratégica de 1 baja por hemorragia digestiva (inicialmente hasta un ROLE 2 y posteriormente hasta territorio nacional al ROLE 4 - HCDGU). En nuestro estudio encontramos un alto porcentaje de evacuados desde la misión Atalanta ~~con~~ (56/480, ~~para un~~ 11.7%), siendo la causa más prevalente ~~debidas a las~~ clasificadas como lesiones traumáticas, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas. Las enfermedades del aparato digestivo dentro de la Operación Atalanta, ~~donde se encuentra el evacuado descrito por Navarro~~ es del 7% (4 evacuados) y un 9.17% de los analizados desde todas las zonas de operaciones. En el análisis comentado, el equipo de autores analiza la configuración ~~en cuanto al del~~ personal necesario en la unidad sanitaria embarcada según el tipo de despliegue. Consideramos que ~~hacer la valoración de manera más objetiva tendrían que tomar en cuenta las causas de evacuación descritas en este estudio, asociando el análisis de las consultas intra zona este dato junto con el análisis de las evacuaciones tendría estudiarse de forma previa a cualquier despliegue naval.~~

APOYO A RCA - OP A/C (GABÓN)

FRANCIA

DISCUSIÓN

V. Beylota, D. Grasb, L. Aiglec ⁽⁵⁷⁾ ~~quienes~~ analizan las evacuaciones médicas aéreas tácticas y estratégicas en la República Centroafricana durante la operación "Sangaris" ~~haciendo un resumen de los~~ primeros once meses de operaciones, ~~hallando~~ Describen 249 evacuaciones médicas tácticas y 186 evacuaciones médicas estratégicas. ~~—e~~ El 28% de las evacuaciones estratégicas ~~correspondidas a causas~~ fueron por motivos Psiquiátricos atribuidas a las condiciones de despliegue y al haber participado en la reapertura y cierre de la misión. Las heridas de guerra presentaron el 13% de las evacuaciones estratégicas, principalmente debido a granadas. ~~a~~ A diferencia en nuestro estudio solo fueron 3 los evacuados desde RC África y el 66.7% a causa de "Lesiones traumáticas, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas" como causa primaria de evacuaciones, sin presentar evacuados por causas de combate. ~~—e~~ Seguramente las condiciones que explican Beylota ~~y sus colaboradores~~ que fueron las agravantes de las evacuaciones no eran las mismas que en nuestro despliegue.

AYUDA A HAITÍ

ESPAÑA

Navarro Suay R. y colaboradores ⁽⁵⁸⁾ describen cerca de 2000 asistencias médicas en esta zona de operaciones; Predominan lesiones dermatológicas, infectocontagiosas y cirugía menor, demostrando nuevamente que los motivos de consulta en zona de operaciones no coinciden con los motivos de evacuaciones estratégicas. Consideramos que por lo que se deberían analizar los motivos de consultas intrazona para poder sacar conclusiones sobre casuística, en general a fin de adaptar la formación previa al despliegue, ~~a la casuística por prevalencia.~~

ESTUDIOS QUE ENGLOBALAN MÚLTIPLES MISIONES

REINO UNIDO

DISCUSIÓN

Toman E. y colaboradores ⁽⁵⁹⁾ analizan la casuística de las Fuerzas Armadas del Reino Unido de la repatriación estratégica de bajas durante 1 año (2014-2015) procedentes de los conflictos en Medio Oriente ~~evacuados hasta hospital UK Role 4 (centro especializado con profesionales de la salud tanto civiles como militares); obtienen como resultado Noventa y cinco personas heridas quienes recibieron evacuación aeromédica hasta el Role 4 del Reino Unido durante el periodo de estudio;~~ De ellas 13 fueron dados de alta, 13 fueron vistos como pacientes ambulatorios, y 69 requirieron hospitalización. La mediana de edad fue 27 (IQR 24-34), y todos menos uno fueron varones. Sesenta médicos de 16 especialidades diferentes participaron en la atención de estos pacientes ingresados. Cada uno de los pacientes internados fue revisado por una media de 4 (y hasta 22) médicos asistentes. En total hubo 270 interacciones entre médicos y pacientes; de los cuales 132 (48.9%) fueron por civiles y 138 (51.1%) fueron por médicos militares. Cuarenta y seis pacientes ingresados fueron manejados en un equipo combinado multidisciplinario militar-civil. El equipo de dolor militar ~~dirigido por asistentes~~ examinó a 32 (46.4%) ~~del personal~~ y el equipo de rehabilitación militar revisó 27 (39.1%). ~~e~~ Concluye que la reciente década de conflicto y la reconfiguración nacional de traumas en el Reino Unido han permitido desarrollar una estrecha colaboración entre especialistas civiles y militares. Esto ha facilitado un enfoque integrado y mutuamente beneficioso para la atención de heridos. ~~p~~ Podemos observar que E. Toman valora en tan solo un año de estudio casi un centenar de evacuados. desconocemos las condiciones en las que se ejecutan las misiones de ~~UK Reino Unido. a~~ Al parecer ~~presentamos tenemos~~ gran similitud semejanza en cuanto a características de evacuados ~~se refiere, y con~~ una media de edad similar. ~~e~~ Esto se podría atribuir a la media de edad dentro de las Fuerzas Armadas. ~~s~~ Se percibe la necesidad de intervención ~~de múltiples especialidades al igual que en nuestro estudio a pesar que ellos no detallan cuales fueron los servicios usado~~ transversal y multidisciplinar de las bajas evacuadas de zona de operaciones.

ESPAÑA

El Comandante Médico Ricardo Navarro Suay y sus colaboradores ⁽⁶⁰⁾ analizan las evacuaciones estratégicas españolas entre 2008-2013. Edonde estudia una muestra

DISCUSIÓN

de 263 pacientes, encontrando el rango de edad más prevalente el de 25-34 años (48.2%), seguidos por los menores de 25 años (24.5%). El total solo 10 pacientes eran personal civil que prestaban sus servicios como traductores para las Fuerzas Armadas Españolas. La distribución por ejércitos con mayoría de personal del era: Ejército de Tierra 135 (58.7%), Armada 61 (26.2%), 22 (9.1%) del Ejército del Aire, 3 (0.7%) de los cuerpos comunes de las Fuerzas Armadas (1 del cuerpo jurídico militar y 2 del cuerpo militar de sanidad) y 3 (0.7%) de la Guardia Civil. La distribución por zona de operaciones de procedencia fue 110 (47.4%) desde Afganistán, 45 (19.3%) desde Líbano, 22 (9.4%) desde el Océano Índico (Djibouti y las islas Seychelles), 10 (4.3%) desde Kosovo, 5 (2.1%) desde Bosnia, 6 (3%) desde Libia, 2 (0.8%) desde Haití, y 32 (13.7%) desde navegaciones. Entre estos, 211 (91%) fueron bajas no relacionadas con el combate: 126 por enfermedad, 53 por accidente y 32 por lesiones deportivas. Los 21 restantes (9%) fueron bajas de combate: 11 de por dispositivos explosivos improvisados y 10 de disparos. Afganistán, seguido de El Líbano, es el área operativa donde se originan la mayoría de los evacuados. Este estudio fue parte de la inspiración de la realización de esta tesis doctoral. Demuestra que el número mayoritario de evacuados en los 5 años de análisis ha sido de causas no de combate, predominando dentro de éstos los causados por enfermedades. siendo las zonas de operaciones de con mayor incidencia de evacuaciones fueron Afganistán y Líbano. A diferencia del estudio del Comandante Navarro y atribuido a la ampliación del tiempo de este estudio, se objetiva cierta variabilidad en lo que a distribución de zonas de evacuaciones se refiere y a cantidad de evacuados por zona. Encontramos un total de 480 evacuados, por lo que a doble de tiempo estudiado ha sido más del doble de los evacuados comparándolo con el estudio de Navarro. De estos el 69.8% fue a causa de enfermedades contra frente a un 54% del estudio de Navarro. Cuando hablamos de años de evacuación en el estudio de Navarro encontramos que en 2008, hubo 10 (4.3%) pacientes evacuados; en 2009, 42 (18.1%); en 2010, 49 (21.1%); en 2011, 61 (26.2%); en 2012, 49 (21.1%); y en 2013, 20 (9.2%). La mayoría de las evacuaciones (199 o 85.8%) se realizaron evacuadas en vuelos regulares y el resto 33 (14.2%) fueron evacuados en aviones medicalizados por la Unidad Médica de Aeroevacuación (UMAER).

El Comandante Médico Carmona y sus colaboradores⁽⁶¹⁾ publican un poster en el III Congreso de Sanidad Militar (celebrado en Febrero febrero del 2018 en Santander, España) donde España donde exponen las actividades realizadas por la UMAER en 15

DISCUSIÓN

años y en el que objetivan un número total de evacuados de 260. El 73 % de pacientes atendidos ~~de sexo masculino eran hombres~~, siendo el resultado de la clasificación de enfermedades de 58 a 42 % a favor de las patologías médicas. ~~La, con una~~ media de evacuaciones por año ~~fue~~ de 22.5 pacientes. ~~Aparece un notable aumento de evacuaciones (81) año con un claro pico en la distribución por año~~ en el último año de estudio (2017) ~~donde observaron un total de 81 evacuaciones~~, siendo de ~~estas~~ un 98.7 % por patologías médicas. ~~a~~ Aunque este estudio presenta un número mucho menor de evacuados que el nuestro, reafirma que del número total de evacuaciones medicas el mayor porcentaje se deben a causas medicas no de combate. ~~A~~ Además, coincidimos en que en el ~~último año de estudio (2017) año 2017~~ para ambos estudios se objetiva el pico máximo de evacuados. ~~e~~ Este resultado puede ser ~~debido a que~~ en este año se concentran ~~en un~~ mayor número de misiones ~~en el exterior (Ilustración 1 y 2) demostrado en el cronograma de misiones que hemos creado.~~

El Capitán Médico García Cañas y ~~colaboradores~~⁽⁶²⁾ ~~colaboradores~~ presentan un estudio descriptivo del patrón lesional de las bajas evacuadas estratégicamente al servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica (COT) del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" como ROLE 4 en los últimos 9 años. ~~donde~~ ~~o~~ Obtiene 453 evacuaciones (entre enero 2009 – diciembre 2017) de las cuales 201 fueron atendidas por COT. ~~Describe~~ que es la primera causa de evacuación, ~~un~~ (44% del total de las evacuaciones) con una media de 22 evacuaciones por año, predominando personal del Ejército de Tierra ~~con un~~ (65.7%) ~~del total de evacuados a este servicio~~, con una edad media de 22 años y un 90% de varones. ~~expone que presentó~~ ~~Describe que~~ 185 (92%) ~~de bajas fueron~~ "No de combate" y 16 (8%) ~~B~~ bajas de combate. ~~De~~ ~~estas~~ 8 (50%) por IED, 6 (37.5%) por arma de fuego y 2 (12.5%) por granadas. ~~Detalla~~ las lesiones por mecanismo lesional: ~~y obtiene de 185 pacientes~~ 46% ~~secundarias a~~ accidentes, 27.5% deportivas, 10% ~~por~~ hallazgo casual, 6% ~~por~~ accidente de tráfico, 4% ~~por~~ accidentes ~~sa~~ con arma de fuego y un 6 % desconocidas ~~(60)~~. ~~e~~ Este estudio ~~que ha sido~~ de gran interés gracias a que detalla la ~~principal causas~~ ~~principal causa~~ de evacuación, ratifica que el gran porcentaje de evacuados se deben a causas no de combate, que el servicio médico que acogió más evacuados fue el servicio de traumatología ~~y ortopedia~~ y que el mayor número de casos fueron secundarios a accidentes. ~~a~~ Amplía y expone que la primera causa dentro de las lesiones de combate es debida a artefactos explosivos improvisados (IED).

DISCUSIÓN

La Capitán Medico Mata Forte y colaboradores⁽⁶³⁾ realizan un análisis de las evacuaciones atendidas por los servicios médicos en el ROLE 4 español por bajas no de combate durante los años 2011-2013. Obtienen como resultado un total de 148 evacuados, de los que un 33% (n=50) fueron bajas no de combate, la edad media fue de 31.5 años, y la distribución por sexo de 84/16 % con mayoría de varones. Calculan la estancia media de los pacientes obteniendo un 72% con estancia de 6 días, siendo la primera causa de evacuación los trastornos mentales con un 46% y describen que de estos un 36% poseía antecedentes personales médicos y un 24 % perdió la aptitud psicofísica. Cuando analizamos los evacuados valorando solo las especialidades médicas, excluyendo las que son quirúrgicas, las secundarias a accidentes y las secundarias a lesiones de combate, encontramos en ambos estudios que las causas de ~~fracturas de miembros superiores y de miembros inferiores, lesiones de cabeza, lesiones de tórax y de abdomen y de miembros inferiores, lesiones de miembros superiores y de miembros inferiores, lesiones de cabeza, lesiones de tórax y de abdomen y de miembros inferiores~~ su estudios y el nuestro presentan similitud.

Borrego Jiménez, P y colaboradores⁽⁶⁴⁾ publican en el primer congreso de sanidad militar un póster titulado “Aeroevacuaciones desde ROLE ~~de~~ de Herat (Afganistán). nueve años trasladando bajas al servicio de Medicina Intensiva Del Cuarto Escalón Sanitario”, en el que obtiene en los 9 años de estudios el siguiente resultado: Un total de ingresados fue de 10 bajas, con una distribución por ejército de procedencia del 90% personal militar y 10% población civil. ~~de la ZO, siendo dicha~~ dicha distribución es diferente a la obtenida en nuestro estudio, ya que tiene ~~en~~ un porcentaje mayor de personal civil. Este hecho puede ser debido ~~debiéndose esto~~ a la escasa muestra ~~que analizaron en su estudio. Borrego y colaboradores, una~~ La distribución por sexos que presenta es de 80% varones frente al 20% mujeres, al bastante similar a la obtenida por nosotros. Este dato es una constante cuando se analizan poblaciones donde ambos sexos pueden estar desplegar en cualquier puesto táctico y donde la presencia femenina en las Fuerzas Armadas alcanza casi el ~~como lo~~ son las fuerzas armadas donde la mujer tiene una presencia del ⁽⁶⁵⁾ 15-20%, ~~presentando una~~ En el estudio de Borrego la edad media fue de 26,8 años, revelando ~~que en~~ El mayor número de las patologías que motivaron el traslado ~~dentro del personal militar~~ fue el politraumatismo ~~con~~ (66,7%), ~~apoyando este dato al nuestro,~~ reafirmando Se confirma que la causa de evacuación primordial son los traumatismos, por agente explosivo (44,4% IED, 11,1% artefacto terrorista, 11,1% por mina), 11,1% a causa de accidente de tráfico, y otro 11,1% herida por arma de fuego. La autora explica que el peor año fue 2011, con 40% de las bajas recibidas. La mayoría sufrieron

Con formato: Fuente: 14 pto, Superíndice

DISCUSIÓN

amputaciones de ~~MMH miembros inferiores.~~ La baja civil fue evacuada por motivos médicos, recibiendo tratamiento definitivo en el Centro Hospitalario del Niño Jesús.

ESTADOS UNIDOS

Hauret y colaboradores ⁽⁶⁶⁾ ~~publican el artículo estudian bajo el título~~ "Frecuencia y causa de las lesiones no de combate de evacuados desde Afganistán e Irak entre 2001-2006 del Ejército estadounidense". ~~En el~~ contemplan los siguientes resultados. ~~Un~~ total de ~~27.563 soldados militares~~ en Irak y 4.165 en Afganistán fueron evacuados. Las lesiones no de combate representaron el 35% y el 36% de los casos, respectivamente, y constituyeron la mayor categoría de evacuaciones para ambas operaciones. Clasifica las principales lesiones no de combate en (fractura, inflamación / dolor y dislocación) y la causa principal los deportes / entrenamiento físico (19% -21%), caídas / saltos (18%) e incidentes relacionados con vehículos de motor (12% -16%). ~~e~~ Su casuística ~~es~~ de gran similitud respecto a ~~la~~ nuestra distribución de las lesiones no de combate y de los mecanismos lesionales a pesar de que presentan ligeros cambios de estructura en la clasificación. ~~con la nuestra y p~~ Presenta una población mucho mayor que la muestra obtenida en nuestro estudio, ~~el gran número de evacuados se debe a gran personal estadounidense desplegado en ambas zonas de operaciones~~ en nuestra opinión el motivo principal puede ser el elevado despliegue del Ejército estadounidense en estos países.

~~Hauret KG y colaboradores~~ ~~El mismo grupo~~ ⁽⁶⁷⁾ en otro estudio analiza las lesiones no de combate. Las engloba en un término que llama enfermedades y lesiones no de combates con sus siglas en inglés "DNBI". ~~y d~~ Describe que son las principales causas de morbilidad durante las guerras y las operaciones militares. ~~describe~~ ~~Analiza~~ el proceso, los resultados y las lecciones aprendidas ~~de la vigilancia centralizada de dichas lesiones por el~~ por parte del ~~Centro de Promoción de la Salud y Medicina Preventiva del ejército de EE. UU.~~ Durante las operaciones en Afganistán e Irak (2001-2013) ~~en los~~ registros de evacuación médica ~~y registros~~ de hospitalización ~~en el quirófano.~~ Las tasas de evacuación médica (por 1,000 personas-año) para DNBI fueron más altas (Afganistán: 56,7; Irak: 40,2) que las tasas de lesiones de combate (Afganistán: 12,0; Irak: 7,7). En Afganistán e Irak, ~~respectivamente,~~ las principales

DISCUSIÓN

categorías diagnósticas para evacuaciones médicas fueron lesiones no relacionadas con la batalla (31% y 34%), lesiones de batalla (20% y 16%) y alteraciones de la conducta (12% y 10%) respectivamente. Las principales causas de lesiones fueron entrenamiento deportivo / físico (22% y 24%), caídas (23% y 26%) y accidentes de vehículos militares (8% y 11%).

Skeehan CD y colaboradores ⁽⁶⁸⁾ realizan un estudio con una ~~n=muestra de~~ 150 evacuados donde un 19.5% reportaron lesiones no relacionadas con el combate. Exponen que las lesiones no de combate continúan siendo una causa principal de morbilidad entre las tropas desplegadas actualmente en Iraq y Afganistán. Como se ha dicho con anterioridad, estos resultados coinciden con los de nuestro estudio, en donde el número de evacuados por causa de combate es notablemente inferior. asimismo nuestro estudio revela que las evacuaciones que se realizan por causas de combate presentan un bajo porcentaje.

Cohen y colaboradores ⁽⁶⁹⁾ estudian los diagnósticos y factores asociados con las evacuaciones medicas provenientes de originadas en Iraq y Afganistán. De 34,006 ~~personas que presentaron una evacuación médica~~ evacuados entre 2004-2007 ~~de personal de los Estados Unidos,~~ el 89% eran hombres, el 91% ~~se alistaron~~ eran militares, el (82% pertenecían al eEjército de Tierra) y el 86% sufrieron heridas en Iraq. Las razones más comunes para la evacuación médica fueron: trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo (n = 8104, 24%), lesiones por combate (n = 4713, 14%), trastornos neurológicos (n = 3502, 10%), diagnósticos psiquiátricos (n = 3108, 9%) y dolor espinal (n = 2445, 7%). Los factores más fuertemente asociados con el regreso al trabajo eran ser un oficial superior (OR ajustado 2.01, IC 95% 1.71-2.35, p <0.0001), tener una lesión o enfermedad no relacionada con la batalla (3.18, 2.77-3.67, p < 0.0001) y presenta dolor torácico o abdominal (2.48, 1.61-3.81, p <0.0001), un trastorno gastrointestinal (no quirúrgico 2.32, 1.51-3.56, p = 0.0001; quirúrgico 2.62, 1.69-4.06, p <0.0001) , o un trastorno genitourinario (2,19, 1,43-3,36, p = 0,0003). Las covariables asociadas con una menor probabilidad de retorno al servicio fueron personal de la marina o la guardia costera (0.59, 0.45-0.78, p = 0.0002), o infantes de marina (0.86, 0.77-0.96, p = 0.0083); que y presentando presentaron una lesión en combate (0.27, 0.17-0.44, p <0.0001), ~~un~~ trastorno psiquiátrico (0.28, 0.18-0.43, p <0.0001), trastorno musculoesquelético o del tejido conectivo (0.46, 0.30-0.71, p = 0.0004), dolor espinal (0.41, 0.26-0.63, p = 0.0001) u otra herida (0.54, 0.34-0.84, p = 0.0069). Es un estudio con bastante similitud con el nuestro, presentando una distribución de

DISCUSIÓN

causas de evacuación muy parecidas, aunque analiza una población mucho mayor al incluir ~~en su estudio~~ a todas las evacuaciones realizadas ~~por ellos~~ tanto de personal civil como del militar.

REINO UNIDO

Patterson CM y colaboradores⁽⁷⁰⁾ analizan 21,477 evacuaciones médicas obtenidas de los registros de la Real Fuerza Aérea entre 1 de abril del 2003 y el 31 de marzo del 2010. El análisis demostró que el 85.9% de los evacuados eran ~~para~~ hombres y el 86.5% ~~para personal militares militar~~, de los cuales el 72.0% pertenecían al ~~e~~ Ejército de Tierra. Las razones más comunes por la que se realizó la evacuación en militares fueron trastornos del tejido conectivo / musculoesquelético (N-n = 9192, 50.0%), trauma (N-n = 1303, 7.1%) y trastornos de salud mental (N-n = 1151, 6.3%). Las razones más comunes para la evacuación en pacientes no militares fueron trastornos musculoesqueléticos / del tejido conectivo (N-n = 734; 23.8%), trastornos genitourinarios (N-n = 325; 10.5%) y trastornos circulatorios (N-n = 255; 8.3%). Los diagnósticos no traumáticos fueron los causantes de las evacuaciones en el 92.9% de los militares y el 95.1% de los pacientes no militares. ~~ya A~~ pesar de presentar como causa más prevalente de evacuación la afección del tejido conectivo y musculoesquelético. El mecanismo lesional, al igual que en nuestro estudio, pudo ser la práctica de deporte. refleja que no fue a raíz de mecanismos traumáticos, entendemos que como en nuestro estudio fueron debidas a mecanismos como el deporte.

CONCLUSIÓN

CONCLUSIÓN

1. Los motivos de evacuación médicos (no de combate) presentan mayor prevalencia frente a las evacuaciones por causas de combate en todas las Zonas de Operaciones.
2. Las tres principales causas médicas que han producido las evacuaciones estratégicas de los miembros de las Fuerzas Armadas españolas desplegadas en misiones internacionales entre enero de 2007 y diciembre del 2017 han sido las incluidas bajo “La Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición” como:
 - a. Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas. De éstas, la totalidad fueron lesiones traumáticas sin objetivarse envenenamiento u otras causas.
 - b. - Los trastornos mentales y del comportamiento, de éstos los subclasificados como trastornos adaptativos no especificados.
 - c. Las enfermedades del aparato digestivo.
3. Se ha obtenido una base de datos de los miembros de las Fuerzas Armadas españolas que sufrieron una evacuación estratégica hasta el cuarto escalón sanitario.
4. No existe una relación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas (sexo y edad) y el motivo de evacuación.
5. Los servicios dentro del ROLE 4 más prevalentes para la recepción de los evacuados desde Zona de Operaciones son: Traumatología, Psiquiatría, Cardiología.
6. Independientemente del año estudiado el motivo de evacuación permanece constante, siendo las causas más frecuentes traumatológicas, psiquiátricas, digestivas (Cirugía General y Gastroenterología) y cardiológicas.
7. En función de las principales causas de evacuación determinamos qué:
 - a. Las causas psiquiátricas, más específicamente el trastorno adaptativo presentan un número importante de evacuados, por lo que los escalones desplegados deberían contar con psicología asistencial (actualmente contamos en la mayor parte de las misiones con psicología de apoyo al mando).
 - b. Ante el importante número de militares evacuados por causas digestivas y cardiológicas, se podría modificar el reconocimiento médico previo a la misión en dichas especialidades y sería aconsejable que los médicos militares

CONCLUSIÓN

desplegados en zona de operaciones tengan una adecuada y actualizada formación en ambas áreas.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

1. Estado Mayor Conjunto. Fuerzas Armadas Españolas Mejorando la eficacia operativa Madrid: Cuartel General del Estado Mayor de la Defensa; 2008.
2. Gobierno de España. Ministerio de Defensa. [Online]. [cited 2018 marzo 14]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/#ConsejoMinistros.
3. Gobierno de España. Consejería de Información. Misión Permanente de España ante las naciones unidas. Consejería de Información. [Online]. [cited 2017 01 21]. Available from: <http://www.spainun.org/espana-en-la-onu/historia/>.
4. Gobierno de España. Ministerio de Asuntos Exteriores y de cooperación. Representación de España en la OTAN. [Online]. [cited 2017 01 21]. 2015. Available from: <http://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/OTAN/es/quees2/Paginas/Espa%C3%B1aOTAN.aspx>.
5. Gobierno de España. Ministerio de Asuntos Exteriores y de cooperación. España y la Unión Europea. [Online]. [cited 2017 03 01]. Available from: <http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/PoliticaExteriorCooperacion/UnionEuropea/Paginas/EspUE.aspx>.
6. Gobierno de España. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, OSCE. [Online]. [cited 2017 01 21]. Available from: <http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/PoliticaExteriorCooperacion/OSCE/Paginas/EsEnlaOSCE.aspx>.
7. Ministerio de Defensa Español - OAE. [Online]. [cited 2017 01 21]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/active-endeavour.html.
8. Ministerio de Defensa Español - Ocean Shield. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/ocean-shield.html.
9. Ministerio de Defensa Español - Resolute Support. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/afganistan.html.
10. Ministerio de Defensa Español - BiH. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/historico/listado/bosnia-herzegovina.html.

BIBLIOGRAFIA

11. Ministerio de Defensa Español - Líbano. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/libano-finul.html.
12. Ministerio de Defensa Español - KFOR. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/historico/listado/kosovo.html.
13. Ministerio de Defensa Español - EUNAVFORMED Sophia. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/eunavformed.html.
14. Ministerio de Defensa Español - RCA. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/umam-rca.html.
15. Ministerio de Defensa Español - Golfo de Guinea. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/diplomacia-defensa.html.
16. Ministerio de Defensa Español - Somalia. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/eutm-somalia.html.
17. Ministerio de Defensa Español - EUTM-Mali. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/eutm-mali.html.
18. Ministerio de Defensa Español - Irak. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/apoyo-a-irak.html.
19. Ministerio de Defensa Español - Marfil Senegal. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/destacamento-marfil-senegal.html.
20. Ministerio de Defensa Español - Nestor. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/eucap-nestor.html.
21. Ministerio de Defensa Español - Atalanta. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/atalanta.html.
22. Ministerio de Defensa Español - Turquía. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/ayudaturquia.html.
23. Ministerio de Defensa Español - Policía Aérea Báltico. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/policia-aerea-baltico.html.
24. Ministerio de Defensa Español. EMAD. www.emad.mde.es/MOPS/OTAN-LETONIA/. [Online]. [cited 2019 Febrero 15]. Available from: www.emad.mde.es/MOPS/OTAN-LETONIA/.
25. Ministerio de Defensa España - Seguridad Cooperativa Senegal. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/seguridad-cooperativa-senegal.html.

BIBLIOGRAFIA

- http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/seguridad-cooperativa-senegal.html.
26. Ministerio de Defensa España - Gabón Mamba. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/actuales/listado/destacamento-mamba.html.
 27. Ministerio de Defensa Español - Haití. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/historico/listado/ayuda-haiti.html.
 28. Ministerio de Defensa - RCA EUFOR. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: http://www.defensa.gob.es/misiones/en_exterior/historico/listado/eufor-rca.html.
 29. EMAD. Fuerzas Armadas Españolas. [Online]. [cited 2017 01 22]. Available from: <http://www.emad.mde.es/MOPS/novoperaciones/multimedia/fototeca/2017/09/Militares-en-el-exterior-SEP17.html>.
 30. Ministerio de la Presidencia y para las administraciones territoriales. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. [Online]. 2007 [cited 28 01 2017]. Available from: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-19880>.
 31. Torres JM. et al. Hospital Militar Central Gómez Ulla Cien Años de Historia 1896-1996. Madrid: Ministerio de Defensa; 1996.
 32. Ministerio de Defensa Español Ejército del Aire - ROLE. [Online]. 2009. [cited 2017 01 23]. Available from: <http://www.ejercitodelaire.mde.es/ea/pag?idDoc=BEAE7499EC359F69C12575CC0035EA7F>.
 33. Las armas. [Online]. 2011 [cited 2019 02 01]. Available from: https://www.lasarmas.com/index.php?option=com_content&view=article&id=246:hospital-de-campana-role-3&catid=48:espanol&Itemid=227.
 34. Ministerio De Defensa. BOD N.º 149 Lunes 1 agosto 2016. In; 2016.
 35. Ministerio de Defensa. Órgano Central. Gómez Ulla. Historial. [Online]. [cited 2017 01 23]. España. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-16667>.
 36. Comandante del Mando de Operaciones. Estado Mayor de la Defensa. Instrucción 01/15 Del Comandante de Mando de Operaciones sobre "Seguimiento de evacuados a TN por motivo médico que no causa baja en la operación". In; 2015 enero; Madrid: Ministerio de Defensa.
 37. Paradinas JS. Aeroevacuación médica. Presente y futuro. El futuro del transporte aéreo. In.: Departamento Específico De Aire. España. CESEDEN; 2012.
 38. Lopez C, et al. The Spanish Airevac Unit (UMAER). History and Today's Structure. Current Trends Military Medicine Worldwide [Internet]. [cited 2017 Jun 16]. Available

BIBLIOGRAFIA

- from: <https://military-medicine.com/article/3060-the-spanish-airevac-unit-umaer-history-and-todays-structure-current-trends.html>
39. González MÁ. Las primeras alas rotatorias para la sanidad. La historia del proyecto del autogiro ambulancia. *Boletín. Museo de aeronáutica y astronáutica*. 2016;(78). 74-79.
 40. North Atlantic Treaty Organization. STANAG 3204 AMD (edition 6) - Aeromedical evacuation. In; 1999; Bruselas: Military Agency for Standardization (MAS).
 41. Ejército del Aire. www.ejercitodelaire.mde.es. [Online]. [cited 2019 febrero 2. Available from:www.ejercitodelaire.mde.es/EA/ejercitodelaire/es/organizacion/unidades/unidad/Ala-49---RCC-Palma/].
 42. Maddy JK, Arana AA, Savell SC, Reeves LK, Perez CA, Mora AG, et al. Critical Care Air Transport Team Evacuation of Medical Patients Without Traumatic Injury. *Mil Med*. 2017 nov; 182(11): 1874-80.
 43. Walrath B, Mora A, Ganem V, Harper S, Ross E, Kharod C, et al. Navy En Route Care: A 3-Year Review of 428 Navy Air Evacuations. *Mil Med*. 2017 marzo; 182 (S1): 162-66.
 44. Patel AA, Hauret KG, Taylor BJ, Jones BH. Non-battle injuries among U.S. Army soldiers deployed to Afghanistan and irak 2001-2013. *J Safety Res*. 2016 Nov; 004. 60: 29-34.
 45. Robert J, Tourtier JP, Vitalis V, Coste S, Gaspard W, Bourrilhon C. Air Medical-Evacuated Battle Injuries: French Army 2001 to 2014 in Afghanistan. *Air Med J*. 2017; Nov - Dic; 36(6): 327-31.
 46. Simonet J, Belot F, Freiermuth J-P, Duron S, Pasquier P. Épidémiologie des évacuations sanitaires hélicoptérées des blessés français au combat en Afganistan de 2010 a 2012. *Anesthésie & Réanimation*. 2017. Septiembre; 3(5): 413-18.
 47. Aoun O, Roqueplo C, Rapp C. Spectrum and impact of health problems during deployment: A prospective, multicenter study of french soldiers operating in Afghanistan, Lebanon and Co`te d'Ivoire. *Travel Med Infect Dis*. 2014. 12(4): 378-84.
 48. Huizinga E, Hoencamp R, van Dongen T, Leenen L. Cross-sectional analysis of Dutch repatriated service members from southern Afghanistan (2003-2014). *Mil Med*. 2015 marzo; 180(3): 310-4.
 49. Korzeniewski K, Gregulski R. Reasons for medical evacuations of soldiers serving in International Security Assistance Force (ISAF) operation in Afghanistan. *Int Marit Health*. 2014; 65(4): 210-5.
 50. González García C, Cantalejo Pérez F, Couceiro de Miguel J, Sánchez López G, Seguido Chacón R, Martínez Marín I, et al. Aeroevacuación médica táctica y estratégica de la fuerza desplegada en Afganistán. *Sanid Mil*. 2016; 72(3): 227- 32.
 51. Munayco Sánchez AJ, Navarro Suay R, De Nicolas M. Modelo español de MEDEVAC. Experiencia en Afganistán. *Sanid Mil*. 2012; 68(3): 182-84.

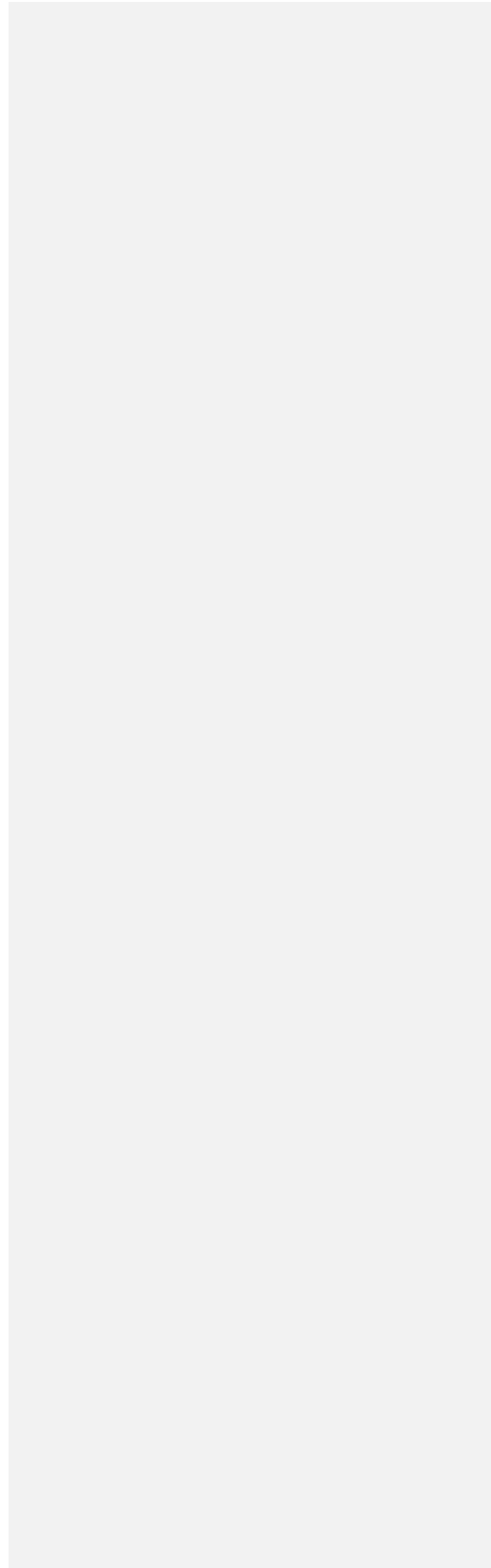
BIBLIOGRAFIA

52. Martines JA et al. Análisis descriptivo del personal militar español asistido por el Servicio de Psicología del ROLE 2 de Herat, Afganistán. *Sanid Mil.* 2012; 68(3): 165-69.
53. Torres León J, Sánchez Carrillo M, Membrillo de Novales FJ, Navarro Téllez M. Análisis de las repatriaciones por causas médicas en el contingente español de la ISAF durante los años 2009-2012 y de los fallecimientos ocurridos en Afganistán desde el inicio de la misión hasta diciembre de 2012. *Sanid Mil.* 2013; 69(3): 154-63.
54. Cohen SP, Brown C, Kurihara C, Plunkett A, Nguyen C, Strassels SA. Diagnoses and factors associated with medical evacuation and return to duty among nonmilitary personnel participating in military operations in Iraq and Afghanistan. *CMAJ.* 2011; 183(5): 289-95.
55. Plaza Torres JF, Navarro Suay R, Tamburri Bariain R, Gallego Fernández M, Palacios López S. Asistencia sanitaria en buques de la armada española durante la operación Atalanta. Estudio descriptivo desde 2009 a 2015. *Sanid Mil.* 2016; 72(3): 175-81.
56. Navarro Suay R, Tamburri Bariain R, Plaza Torres J, Castillejo Pérez S, López Soberón E, Galindo Ángel J. Escalón quirúrgico embarcado, experiencia en el buque de asalto anfibio L-51 "Galicia" en la operación Atalanta (Julio-octubre de 2015). *Sanid Mil.* 2016; 72(3): 216-26.
57. Beylota V, et al. Évacuations médicales aériennes tactiques et stratégiques en République centrafricaine au cours de l'opération «Sangaris». *Synthèse des onze premiers mois d'opérations. médecine et armées.* 2016; 44(4): 87-96.
58. Plaza Torres JF, Navarro Suay R, Mendoza Fernández JL, Domínguez García A. Sanidad Militar Española en MINUSTAH. *Sanid Mil.* 2008; 62(4). 245-50.
59. Toman E, et al. Military and civilian partnership: caring for UK troops in the modern era. [Online]. Reino Unido; marzo 2016. Available from: https://www.researchgate.net/publication/306353279_Military_and_civilian_partnership_caring_for_UK_troops_in_the_modern_era.
60. Navarro Suay R, et al. Hospital Central De La Defensa "Gómez Ulla" (Madrid) como cuarto escalón sanitario de las Fuerzas Armadas españolas. Análisis retrospectivo de 263 bajas evacuadas desde zonas de operaciones entre los años 2008 y 2014. *Military Medicine.* 2014; 179(1): 78-81.
61. UMAER. 15 años volando juntos. In; 2018; Santander: III Congreso de Sanidad Militar.
62. García Cañas R, et al. Nueve años de evacuaciones estratégicas al servicio de cirugía ortopédica y traumatológica del role 4 español 2009-2017. Está publicado en un espacio del congreso de Sanidad Militar. In; 2018; Santander.
63. Mata Forte T, Coca Benito D, Alejandro J, Membrillo de Novales FJ, González Gutiérrez TLJ, Pérez Mochales J. Análisis de las evacuaciones atendidas por servicios médicos

BIBLIOGRAFIA

- en HCDGU por baja "no de combate" durante los años 2011 A 2013. *Sanid Mil.* 2014. 69(3): 154-63.
64. Borrego Jiménez P, Bartolomé Cela E, Navarro Suay R, Molero Silvero E, Sánchez Olmedo JI, Fuentes Esteban D. Aeroevacuaciones desde ROLE 2e de Herat (Afganistán). Nueve años trasladando bajas al servicio de medicina intensiva del cuarto escalón sanitario. *Sanid Mil.* 2014. 72(2): 114-20.
65. Observatorio militar para la igualdad. Datos sobre el personal del Ministerio de Defensa. 2017. OM= (secretaría permanente de igualdad).
66. Hauret KG, Taylor BJ, Clemmons NS, Block SR, Jones BH. Frequency and causes of nonbattle injuries air evacuated from operations Iraqi freedom and enduring freedom, U.S. Army, 2001-2006. *Am J Prev Med.* 2010. 38(1 Suppl): 94-107.
67. Hauret KG, Pacha L, Taylor BJ, Jones BH. Surveillance of Disease and Nonbattle Injuries During US Army Operations in Afghanistan and Iraq. *US Am J Prev Med.* 2016; 2(16): 15-23.
68. Skeeahan CD, Tribble DR, Sanders JW, Putnam SD, Armstrong AW, Riddle MS. Nonbattle injury among deployed troops: an epidemiologic study. *Mil Med.* 2009; 174(12): 1256-62.
69. Cohen SP, Brown C, Kurihara C, Plunkett A, Nguyen C, Strassels SA. Diagnoses and factors associated with medical evacuation and return to duty for service members participating in Operation Iraqi Freedom or Operation Enduring Freedom: a prospective cohort study. *Lancet.* 2010; 375(9711): 301-9.
70. Patterson CM, Woodcock T, Mollan IA, Nicol ED, McLoughlin DC. United Kingdom military aeromedical evacuation in the post-9/11 era. *Aviation, Space, and Environmental Medicine.* 2014; 85(10): 1005-12.

|



ANEXOS

ANEXOS

ANEXOS

TABLA 3 TABLA EXCEL USADA PARA LA CLASIFICACIÓN DE LOS MOTIVOS DE EVACUACIÓN BASADO EN EL CIE10

N.º	CIE - 10 Capítulo	CIE - 10 RANGO	CIE - 10 ESPECÍFICO	OTROS DIAGNOSTICOS	
1	5	F 40 - 48	F 43.20		
2	12	L 60 - 75	L 72.9		
3	19	S 90 - 99	S 92	S 22.079	S 22.069
4	19	S 40 - 49	S 42.2		
5	10	J90-94	J93.11		
6	11	K35-38	K37		
7	7	H15-22	H16.00		
8	6	G40-47	G40.9		
9	12	L80-99	L98.8		
10	19	S70-79	S72.9		
11	5	F 40-48	F 43.20		
12	11	K40-46	K40		
13	19	S90-99	S92.30		
14	13	M40-54	M54.5		
15	19	T14-14	T14.8		
16	9	I20-25	I21		
17	5	F 40-48	F 43.20		
18	19	T14-14	T14.9		
19	19	S90-99	S92.90		
20	19	S50-59	S52.51		
21	19	T14-14	T14.90		
22	20	Y35 - 38	Y37.230		
23	20	Y35 - 38	Y37.231		
24	14	N20-23	N20.0		
25	19	S00-09	S01.501		
26	8	H90-94	H91.9		
27	19	S80-89	S89.9		
28	5	F40-48	F43.20		
29	19	S00-09	S05.9		
30	11	K50-52	K52.9		
31	6	G60-65	G62		
32	6	G40-47	G40.9		
33	14	N20-23	N20.0		
34	5	F30-39	F32.9		
35	13	M70-79	M79.66		
36	11	K90-95	K92.2		
37	18	R10-19	R10.13		



ILUSTRACIÓN 37

CODIGO
ENLACE CON CIE

Con formato: Mayúsculas

Con formato: Mayúsculas

ANEXOS

38	20	Y35-38	Y36.43		
39	11	K35-38	K37		
40	20	Y35-38	Y36.43		
41	9	I30-52	I48.91		
42	19	S90-99	S93.40		
43	21	Z30-39	Z33		
44	18	R00-09	R07.9		
45	21	Z30-39	Z33		
46	21	Z30-39	Z33		
47	9	I30-52	I48.91		
48	5	F 40-48	F 43.20		
49	5	F 40-48	F 43.20		
50	21	Z30-39	Z33		
51	19	S00-09	S09.90		
52	9	I10-16	I10		
53	13	M70-79	M79.66		
54	4	E08-13	E11.65		
55	19	T14-14	T14.91		
56	19	S00-S09	S02.402		
57	19	S90-99	S93.40		
58	5	F40-48	F41.9		
59	1	A15-19	A15.9		
60	19	S40-49	S46.20		
61	5	F40-48	F41.9		
62	19	S90-99	S92.35		
63	12	L 60-75	L 72.3		
64	19	S90-99	S92.91		
65	19	S90-99	S93.40		
66	14	N40-53	N49.3		
67	13	M40-54	M54.5		
68	21	Z77-99	Z89.02		
69	19	S60-69	S69.9		
70	19	S80-89	S82.40		
71	19	S80-89	S83.106		
72	18	R50-69	R55		
73	5	F 40-48	F 43.20		
74	6	G60-65	G62.89		
75	18	R40-46	R42		
76	5	F 40-48	F 43.20		
77	19	S80-89	S86.00		
78	9	I30-52	I42.1		
79	11	K80-87	K80.10		
80	6	G40-47	G40.A		
81	6	G40-47	G40.9		
82	19	S80-89	S82.40		

ANEXOS

83	19	S40-49	S43.10		
84	2	C69-72	C71.9		
85	19	S90-99	S93.40		
86	18	R40-46	R42		
87	19	S89.9	S89.9		
88	11	K40-46	K40		
89	5	F30-39	F32.9		
90	21	Z30-39	Z33		
91	21	Z30-39	Z33		
92	19	S60-69	S60.21		
93	19	S80-89	S82.40		
94	19	S90-99	S93.40		
95	9	I20-25	I21		
96	19	S00-09	S09.90		
97	19	S90-99	S92.30		
98	19	S80-89	S82.9		
99	21	Z30-39	Z33		
100	9	I30-52	I48.91		
101	11	K80-87	K80.10		
102	19	S10-19	S13.9		
103	11	K55-64	K61		
104	20	Y35-38	Y36.43		
105	19	S40-49	S42.00		
106	21	Z30-39	Z33		
107	19	S80-89	S82.40		
108	19	S60-69	S01.90		
109	19	S80-89	S82.40		
110	19	S80-89	S82.40		
111	7	H15-22	H16.00		
112	19	S90-99	S92.30		
113	21	Z30-39	Z33		
114	19	S80-89	S83.9		
115	19	S90-99	S93.40		
116	19	S80-89	S83.9		
117	5	F40-48	F41.9		
118	3	D60-64	D64.9		
119	19	S80-89	S83.9		
120	14	N25-29	N28.9		
121	13	M70-79	M79.66		
122	7	H53-54	H54.7		
123	7	H15-22	H16.00		
124	19	S80-89	S83.9		
125	19	S80-89	S82.899		
126	19	S90-99	S92.35		
127	19	S90-99	S62.9		

ANEXOS

128	19	S80-89	S82.40		
129	19	S90-99	S62.9		
130	19	S50-59	S52.9		
131	12	L00-08	L03.0		
132	11	K35-38	K37		
133	11	K50-52	K52,9		
134	4	E20-35	E28.2		
135	13	M65-67	M67.43		
136	19	S80-89	S82.84		
137	21	Z30-39	Z33		
138	20	Y35-38	Y36.43		
139	18	R40-46	R42		
140	19	T14-14	T14.8		
141	13	M40-54	M54.5		
142	19	S60-69	S69.9		
143	14	N10-16	N13.9		
144	19	S90-99	S93.40		
145	19	T14-14	T14.91		
146	18	R40-46	R41.3		
147	19	S90-99	S93.40		
148	14	N10-16	N13.9		
149	13	M50-54	M54.2		
150	19	S80-89	S89.9		
151	5	F40-48	F41.9		
152	14	N20-23	N20.0		
153	11	K35-38	K37		
154	19	S40-49	S42.00		
155	19	S80-89	S86.00		
156	19	S90-99	S92.90		
157	19	S90-99	S99.92		
158	19	S20-29	S29.9		
159	19	S80-89	S88.91		
160	19	S80-90	S88.92		
161	19	S50-59	S50.0		
162	19	T14-14	T14.8		
163	7	H30-36	H33.2		
164	6	G00-09	G03		
165	19	S80-89	S82.899		
166	14	N30-39	N39.0		
167	19	S90-99	S92.35		
168	11	K90-95	K92.2		
169	19	T14-14	T14		
170	21	Z20-29	Z20.1		
171	19	S90-99	S92.81		
172	20	Y35-38	Y36.43		

ANEXOS

173	6	G60-65	G62		
174	5	F40-48	F41.9		
175	7	H30-36	H31.9		
176	19	S90-99	S62.9		
177	19	S50-59	S52.9		
178	9	I20-25	I21		
179	4	E08-13	E11.65		
180	19	S80-89	S82.9		
181	19	S90-99	S92.35		
182	19	S60-69	S62.30		
183	5	F40-48	F41.9		
184	14	N60-65	N62		
185	11	K40-46	K40		
186	19	S90-99	S92.30		
187	11	K80-87	K80.7		
188	13	M15-19	M19.90		
189	19	S80-89	S89.9		
190	19	S80-89	S82.5		
191	19	S80-89	S82.899		
192	8	H80-83	H81.39		
193	9	I30-52	I31.9		
194	13	M50-54	M54.2		
195	2	D10-36	D18.02		
196	21	Z30-39	Z33		
197	19	S80-89	S89.9		
198	14	N10-16	N10		
199	5	F 40-48	F 43.20		
200	5	F 40-48	F 43.20		
201	5	F 40-48	F 43.20		
202	5	F 40-48	F 43.20		
203	13	M50-54	M51.26		
204	19	S80-89	S82.899		
205	9	I80-89	I82.90		
206	19	S30-39	S32.9		
207	19	S40-49	S43.006		
208	19	S40-49	S43.006		
209	11	K50-52	K50		
210	18	R00-09	R07.9		
211	9	I80-89	I82.90		
212	9	I80-90	I82.91		
213	20	Y35-38	Y36.43		
214	5	F30-39	F32.9		
215	10	J60-70	J67.9		
216	19	S60-69	S69.9		
217	21	Z30-39	Z33		

ANEXOS

218	2	D10-36	D36.10		
219	5	F 40-48	F 43.20		
220	5	F 40-48	F 43.20		
221	13	M70-79	M79.66		
222	14	N20-23	N20.0		
223	11	K55-K64	K62.5		
224	2	C69-72	C71		
225	19	S60-69	S69.9		
226	19	S70-79	S72.9		
227	10	J90-94	J93.11		
228	20	W 50-64	W 54.0		
229	19	S90-99	S92.90		
230	11	K70-77	K72		
231	13	M40-54	M54.5		
232	19	S90-99	S92.30		
233	19	S90-99	T14.8		
234	6	G80-83	G83.4		
235	19	S90-99	S92.35		
236	11	K90-95	K92.2		
237	9	I30-52	I48		
238	13	M50-54	M54.2		
239	14	N10-16	N13.9		
240	11	K00-14	K05.30		
241	7	H15-22	H16.00		
242	5	F40-48	F41.9		
243	5	F30-39	F32.9		
244	19	S90-99	S92.35		
245	7	H15-22	H16.00		
246	5	F30-39	F32.9		
247	5	F40-48	F41.9		
248	9	I30-52	I48.91		
249	19	S40-49	S42.30		
250	19	S70-79	S72.9		
251	13	M50-54	M54.9		
252	19	S50-59	S52.9		
253	20	Y35-38	Y37.25		
254	19	S80-89	S82.20		
255	14	N20-23	N23		
256	9	I30-52	I48.91		
257	9	I20-25	I21		
258	19	S00-09	S05.9		
259	13	M40-54	M54.5		
260	20	Y35-38	Y36.43		
261	19	S80-89	S82.899		
262	19	S80-89	S83.9		

ANEXOS

263	19	S80-89	S82.20		
264	19	S80-89	S80.1		
265	9	I80-89	I82.90		
266	9	I30-52	I47.1		
267	18	R40-46	R41.0		
268	5	F99-99	F99		
269	12	L 60-75	L 72.3		
270	5	F99-99	F99		
271	19	S40-49	S42.40		
272	11	K20-31	K22.2		
273	9	I30-52	I45.6		
274	19	S00-09	S09.90	V87.9	
275	11	K80-87	K80.10		
276	19	S80-89	S82.40		
277	11	K55-64	K61.0		
278	20	Y35-38	Y37.29		
279	20	Y35-39	Y37.30		
280	20	Y35-40	Y37.31		
281	14	N20-23	N23		
282	1	B50-64	B54		
283	7	H10-11	H10		
284	11	K40-46	K40		
285	12	L80-99	L91.0		
286	19	S20-29	S29.9		
287	19	T14-14	T14,90		
288	9	I30-52	I51.4		
289	19	S00-09	S00		
290	20	Y35-38	Y37.92		
291	19	S00-09	S09.90	W16.91	
292	20	Y35-39	Y37.30		
293	5	F40-48	F45.20		
294	19	S20-29	S29.9		
295	11	K35-38	K37		
296	19	S80-89	S82.40		
297	7	H10-11	H10.9		
298	5	F40-48	F41.9		
299	12	L 60-75	L 72.9		
300	12	L49-54	L50.8		
301	19	S90-99	S93.40		
302	7	H15-22	H16.00		
303	19	S10-19	S13.4		
304	19	S80-89	S83.9		
305	18	R50-69	R50.9		
306	19	S60-69	S62.20		
307	11	K35-38	K37	K50	

ANEXOS

308	9	I30-52	I42.1		
309	12	L 60 -75	L 72.9		
310	19	S40-49	S43.006		
311	19	S90-99	S93.40		
312	19	S50-59	S52.9		
313	19	S80-89	S83.006		
314	21	Z30-39	Z33		
315	13	M86-90	M89.8X1		
316	18	R50-69	R55	S02.2	
317	19	S00-09	S02.3		
318	18	R40-46	R42		
319	5	F40-48	F41.9		
320	5	F 40-48	F 43.20		
321	11	K90-95	K92.1		
322	19	S80-89	S82.40		
323	9	I10-16	I16.9		
324	19	S80-89	S89.80		
325	13	M70-79	M70.31		
326	19	S60-69	S69.8		
327	19	S60-69	S63.26		
328	19	S80-89	S82.40		
329	19	S50-59	S52.51		
330	19	T14-14	T14.8	S09.90	
331	11	K00-14	K04.5		
332	19	S80-89	S82.899		
333	19	T14-14	T14		
334	2	C00-C14	C03.1		
335	19	T14-14	T14		
336	19	S80-89	S89.9		
337	7	H00-59	H05.9		
338	19	S80-89	S86.00		
339	19	S90-99	S92.35		
340	13	M50-54	M54.2		
341	14	N70-77	N73		
342	5	F99-99	F99		
343	14	N25-29	N28.9		
344	19	S40-49	S43.006		
345	19	S00-09	S09.93		
346	14	N70-77	N73		
347	4	E89-89	E89		
348	20	Y35-38	Y36.43		
349	19	S90-99	S62.9		
350	19	S00-09	S05.9		
351	19	T14-14	T14		
352	11	K35-38	K53.8		

ANEXOS

353	5	F99-99	F99		
354	14	N70-77	N73		
355	5	F99-99	F99		
356	5	F99-99	F99		
357	11	K90-95	K90.9		
358	14	N70-77	N73		
359	6	G00-09	G00		
360	19	T14-14	T14		
361	19	S00-09	S00		
362	14	N00-08	N05.9		
363	19	S60-69	S68.41		
364	1	B50-64	B54		
365	1	B50-64	B54		
366	19	S90-99	S62.9		
367	11	K55-64	K60.2		
368	5	F 40-48	F 43.20		
369	14	N20-23	N20.0		
370	19	T14-14	T14		
371	19	S50-59	S59.90		
372	14	N70-77	N73		
373	11	K35-38	K53.8		
374	19	T14-14	T14		
375	6	G50-59	G51.0		
376	9	I20-25	I20.0		
377	19	S40-49	S46.20		
378	5	F99-99	F99		
379	9	I30-52	I44.30		
380	9	I30-52	I52		
381	19	T20-25	T21.02		
382	19	T14-14	T14		
383	19	T14-14	T14		
384	19	T14-14	T14		
385	5	F99-99	F99		
386	11	K35-38	K53.8		
387	19	T14-14	T14		
388	9	I30-52	I51.4		
389	9	I20-25	I21		
390	19	S80-89	S83.9		
391	9	I30-52	I48.0		
392	18	R50-69	R55		
393	9	I60-69	I63.9		
394	11	K80-87	K80.10		
395	19	T14-14	T14.8		
396	19	T14-14	T14		
397	19	T14-14	T14		

ANEXOS

398	19	T14-14	T14		
399	5	F99-99	F99		
400	19	T14-14	T14		
401	19	T14-14	T14		
402	14	N70-77	N73		
403	19	T14-14	T14		
404	8	H65-75	H72.9		
405	9	I30-52	I48.91		
406	8	H65-75	H72.9		
407	5	F40-48	F41.9		
408	19	S60-69	S60.22		
409	1	B50-64	B54		
410	19	T14-14	T14.8		
411	19	T14-14	T14.8		
412	5	F30-39	F32.9		
413	11	K35-38	K37		
414	19	T14-14	T14.8		
415	19	S50-59	S52.9		
416	10	J09-18	J18.9		
417	5	F40-48	F41.9		
418	12	L60-75	L73.9		
419	6	G35-37	G37.9		
420	11	K55-64	K56.60		
421	14	N20-23	N23		
422	14	N20-23	N23		
423	19	S00-09	S02.2		
424	5	F40-48	F41.9		
425	1	B25-34	B27.90		
426	13	M05-14	M13.10		
427	19	S40-49	S42.30		
428	19	S50-59	S50.0		
429	14	N80-98	N83.20		
430	9	I20-25	I21		
431	19	S80-89	S82.40		
432	19	S60-69	S62.10		
433	11	K50-52	K52.9		
434	1	B50-64	B54		
435	1	B50-64	B54		
436	5	F40-48	F45.21		
437	14	N20-23	N20.0		
438	13	M40-54	M54.5		
439	19	S80-89	S82.899		
440	19	S10-19	S19.80		
441	5	F40-48	F41.9		
442	5	F40-48	F41.9		

ANEXOS

443	19	S80-89	S82.899		
444	5	F40-48	F41.9		
445	9	I80-89	I82.90		
446	14	N20-23	N23		
447	9	I20-25	I21		
448	5	F40-48	F41.9		
449	11	K35-38	K37		
450	6	G89-99	G91.9		
451	14	N20-23	N23		
452	14	N80-98	N94.6		
453	19	S90-99	S92.23		
454	14	N10-16	N13.9		
455	11	K00-14	K13.7		
456	5	F30-39	F32.9		
457	19	S80-89	S86.00		
458	11	K40-46	K40		
459	5	F40-48	F41.9		
460	11	K55-64	K57.92		
461	5	F 40 - 48	F 43.20		
462	19	S40-49	S42.30		
463	19	S10-19	S13		
464	13	M70-79	M79.66		
465	6	G50-59	G51.0		
466	19	S90-99	S92.35		
467	11	K70-77	K72.0		
468	11	K50-52	K52,9		
469	14	N20-23	N20.0		
470	13	M40-54	M54.5		
471	1	A30-49	A41.9	I46	
472	19	S50-59	S52.9		
473	9	I20-25	I21		
474	11	K50-52	K52,9		
475	19	S90-99	S92.31		
476	13	M70-79	M79.66		
477	1	B50-64	B54	N13.39	
478	19	T14-14	T14.8		
479	18	R10-19	R10.13		
480	13	M70-79	M79.60		

RESUMEN

RESUMEN

Introducción

Los primeros conflictos se describen 1000 años antes de la era de Cristo. Desde entonces en todas las guerras se presentan situaciones por las que un efectivo tiene que abandonar la zona de operaciones. Estos motivos han ido cambiando a lo largo de los años, desde causas infecciosas-enfermedades adquiridas en las misiones hasta causas de índole bélica. Dichos motivos de baja han de ser estudiados a fin de introducir mejoras para evitarlas previo al despliegue e intra-despliegues.

Actualmente, los tipos de evacuaciones se dividen en tres: evacuaciones avanzadas, evacuaciones tácticas y evacuaciones estratégicas. Estas últimas son el objeto de estudio. Se describen como evacuaciones realizadas desde la zona de operaciones hasta el último escalón sanitario dentro de territorio nacional, entidad que se denomina ROLE 4 y que en el caso de España esta función recae en el Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla".

El Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" por instrucción 154/2002 de 3 de julio del Subsecretario de Defensa acapara dos ámbitos de actuación, uno asistencial equipándolo con todas las especialidades y el ámbito docente dirigido a la formación del personal del cuerpo militar de sanidad. Además, bajo instrucción técnica 01/2015 del Comandante del Mando de Operaciones marca que es el centro de referencia y destino final para ingreso, diagnóstico y tratamiento de los evacuados por motivos médicos en territorio nacional.

Como objetivo del estudio nos hemos marcado analizar cuáles son las causas médicas que han provocado las evacuaciones estratégicas de los miembros de las Fuerzas Armadas españolas desplegadas en misiones internacionales entre enero 2007 y diciembre del 2017. Al mismo tiempo pretendemos obtener una base de datos de todos los pacientes que se hayan sometido una evacuación estratégica hasta el Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" (ROLE 4), analizar la relación entre la Zona de Operaciones y el motivo de evacuación estratégica, valorar si existen factores sociodemográficos (sexo y edad) relacionados con las evacuaciones, establecer cuáles son los Servicios dentro del ROLE 4 más utilizados por los evacuados en función de las patologías, comparar el número de casos que han sido evacuados por causas de

RESUMEN

combate versus causas medicas no de combate y valorar la distribución de patologías que mostraron evacuaciones estratégicas en función del año.

Material y métodos

Para la realización de nuestro estudio hemos solicitado los permisos a las siguientes instituciones: Inspección General de Sanidad de la Defensa, Dirección del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla", Jefatura de Medicina Logística Operativa - Sección de logística del Mando de Operaciones del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla", Comité de ética e investigación clínica del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla". Realizamos un estudio observacional transversal retrospectivo. La población a estudio fueron los pacientes admitidos en el servicio de urgencias del HCDGU clasificados como ROLE 4. No se realizó muestreo. Se seleccionó todo el universo de la población a estudio. Los criterios de inclusión establecidos fueron: pacientes miembros de las Fuerzas Armadas Españolas o contratados por ellas, de ambos sexos, sin límite de edad que fueron admitidos en el servicio de urgencias del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" procedentes de Zonas de Operaciones (clasificados como ROLE 4) durante el periodo de enero 2007 a diciembre 2017. No se excluyó a ningún paciente. Se obtuvo una muestra de 480 evacuados que cumplían criterios de inclusión.

Como variables a estudio analizamos: sociodemográficas (sexo y edad en intervalos), dentro de las variables independientes analizamos: ejército de pertenencia, nacionalidad, año de evacuación (11 años entre 2007-2017), estación del año de evacuación. De las dependientes tenemos la zona de operaciones de procedencia (estudiando un total de 16 operaciones, Bosnia, Afganistán, República Centroafricana, Malí, Senegal, Líbano, Atalanta, Polo sur, Navegación, Kosovo, Sicilia, Haití, Turquía, Irak, Estonia, Polonia). Valoramos el tipo de aerotransporte usado para la evacuación (Unidad Médica de Aeroevacuación o aerolínea comercial). El mecanismo lesional (Médico, Accidente, Deportiva, IED (Artefacto Explosivo Improvisado) / Explosivos en general, Arma de fuego / Arma Blanca). Se analizó el servicio médico receptor en ROLE 4 (Psiquiatría, Neurocirugía, Neurología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Odontología, Neumología, Cardiocirculatorio, Digestivo, Nefrología, Urología, Endocrinología, Alergología, Infeccioso, Ginecología, Traumatología, Cirugía General, Maxilofacial, Cirugía Plástica, Dermatología, Cirugía Torácica); conglomeramos las patologías encontradas mediante la clasificación internacional de enfermedades (décima edición) en ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, neoplasias, enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan

RESUMEN

al mecanismo inmunológico, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, trastornos mentales y de comportamiento, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del ojo y sus anexos, enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades del aparato digestivo, enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo, enfermedades del aparato genitourinario, síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto, lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas, causas externas de morbilidad, factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios. Asimismo, estudiamos la necesidad del uso de medicina intensiva y de quirófano. Como material para medir las variables se utilizaron las historias clínicas informatizadas a través del sistema informático del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" (ROLE 4) sistema BALMIS, así como las historias clínicas físicas del servicio de documentación clínica. Se obtuvo la base de datos del servicio de Medicina Logística Operativa de los pacientes evacuados. Como método de recogida de las variables se revisaron un total de 480 historias clínicas, las cuales se recopilaron los datos en 2 hojas de cálculo de Microsoft Excel, una con datos numerados y cifrado de las historias clínicas (a fin de preservar la ley de protección de datos de carácter personal) y otra donde completamos las variables completando los datos a través del sistema de información sanitarias del Ministerio de Defensa (SISANDEF-BALMIS). Para las variables categóricas se emplearán las frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Como representaciones gráficas se usarán los diagramas de columnas, barras o de sectores. La medida de asociación entre dos variables categóricas se efectuará mediante la χ^2 de Pearson. En todos los casos, como grado de significación estadística se empleará un valor de $p < 0,05$ y la aplicación estadística será el paquete SPSS® versión 24.

Resultados

En el periodo estudiado (10 años y 11 meses) hemos obtenido una muestra de 480 evacuados hasta el ROLE 4 español. Del total de evacuados un 85% fueron hombres, el intervalo etario más prevalente fue con 45% el que engloba los de 25-35 años.

Al analizar la prevalencia de los evacuados por ejército de procedencia obtuvimos un 53% para el Ejército de Tierra, seguido por un 30% personal de la Armada y un 12% personal del Ejército del Aire. Objetivamos que durante el periodo de estudio

RESUMEN

el número de evacuados fue aumentando de manera exponencial, con un 16% de evacuados en el último año de estudio (2017). Con una distribución mayor en las estaciones de verano e invierno (31 y 32% respectivamente). Al valorar la distribución por zona de operaciones de procedencia encontramos casi un 28% para los provenientes de Afganistán, seguidos de aquellas bajas provenientes de El Líbano 20% y en tercer lugar los provenientes de navegaciones con 17.5%. El resto de las misiones presentó entre el 3 y el 0.5%.

Observamos mediante la clasificación internacional de enfermedades en su décima edición los motivos de evacuación obteniendo como causas principales en primer lugar las de origen traumático (37.92%), en segundo lugar, las de origen psiquiátrico (11.04%), en tercer lugar, las de origen digestivo (9.17%) y en cuarto lugar las de origen en sistema cardiocirculatorio (7.08%), el resto de los motivos estuvieron entre el 6 y el 0.1%. Las bajas por causas medicas fueron la mayoría con casi un 70% de evacuados, seguida de los evacuados por accidentes (14.6%), siendo las causas de índole bélico minoría con solo 2.5%.

Observamos que los servicios que recibieron más evacuados durante el periodo de estudio fueron: traumatología (41%), psiquiatría (12%), cardiología (9%), cirugía general (7%) y el resto de los servicios por debajo del (5%). Encontramos un gran porcentaje (96%) de los evacuados por causas no de combate. Sin encontrar relación estadísticamente significativa entre las variables cruzadas, observamos un aumento exponencial de los hombres evacuados a lo largo del periodo de estudio y encontramos una frecuencia esperada muy baja para cada correlación.

Discusión

Las Fuerzas Armadas españolas integradas en organizaciones internacionales han tenido que prestar apoyo en múltiples misiones, llegando a verse envueltas en conflictos bélicos, misiones de mantenimiento de paz y misiones de ayuda humanitaria. Ante esta situación debemos estudiar los motivos que justifican el cese de la labor de un militar en zona de operaciones ya que desde siempre los conflictos han generado bajas por diversas índoles. Partiendo de los hallazgos encontrados y puestos a responder los objetivos de nuestro estudio, procederemos a discutir los resultados comparándolos con países similares.

Jimmy Robert y colaboradores realizan un estudio epidemiológico entre 2001 y 2014 de evacuaciones estratégicas de las Fuerzas Armadas Francesas desplegadas en Afganistán. De 182 evacuados el 60% fueron por causas de combate. En nuestro

RESUMEN

estudio de un total de 132 evacuados desde Afganistán encontramos que no llegan a ser del 6 % el número de evacuados por causas “De combate”. Sin embargo, esta Zona de Operaciones es la que ostenta el mayor porcentaje de militares de las Fuerzas Armadas españolas evacuados por causas de combate de todas las zonas estudiadas.

Justine Simonet y colaboradores analizaron las bajas francesas en Afganistán en un estudio retrospectivo entre octubre del 2010 y agosto del 2012. Describen 190 combatientes franceses heridos en combate. De éstos fueron 114 (60%) hasta territorio nacional. A diferencia de nuestro estudio donde hemos presentamos un total de 7/132 (5.3%) evacuados por causas de combate desde Afganistán.

Olivier Aoun y colaboradores describen las bajas francesas procedentes de Afganistán, Líbano y Costa de Marfil. De 68 evacuaciones, 28 fueron psiquiátricas y 26 traumatológicas. La distribución de motivos de evacuación es similar a nuestro estudio.

Huizinga y colaboradores evalúan los evacuados holandeses desde el sur de Afganistán (2003-2014). Las lesiones traumáticas fueron la causa principal de evacuación (63%, 141/223). Además, describen que los dispositivos explosivos improvisados fueron el principal mecanismo de lesión (67%, 60/89). Estos datos coinciden de forma exacta con los obtenidos en nuestro estudio. Nosotros obtuvimos como primera causa de evacuación las clasificadas como lesiones traumáticas, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas con 43.9% (58/132) de los evacuados de Afganistán y un 37.92% (182 evacuados) de todas las Zonas de Operaciones estudiadas. El principal mecanismo lesional fue el relacionado con explosivos improvisados (16 evacuados, 57 % de las bajas de combate).

Krzysztof Korzeniewski y Robert Gregulski revisaron las evacuaciones médicas de los soldados polacos entre 2007-2013 desde Afganistán obtuvieron un total de 485 evacuados. El 40.6% fueron debidos a causas de combate (la mayoría por aparatos explosivos improvisados), el 32.4 % por lesiones no de batalla y el 27% por enfermedades (de las cuales 5.6% fueron enfermedades gastrointestinales, 4.5% psiquiátricas, 4.3% neurológicas, 2.7% musculo esqueléticas, 2.3% urogenitales, 2.1% infecciosas y parasitarias y 1.9% cardiovasculares). En la variable edad, presentaron un 72.9% para el rango de 26-35 años. El tiempo de análisis ha sido mayor en nuestro estudio con una diferencia de 4 años entre los trabajos (7/11). Ellos han analizado un total de 485 bajas provenientes de Afganistán, sin embargo, nuestro estudio abarca 16 zonas de operaciones incluyendo Afganistán y contamos con un número similar de evacuados. A diferencia de nuestro estudio, los polacos han presentado un mayor porcentaje de evacuados por causa de combate. Compartimos que la causa principal

RESUMEN

de bajas por lesiones de combate fue a raíz de artefactos explosivos improvisados. De los evacuados por enfermedades, la distribución fue muy distinta entre los estudios. En donde los datos son semejantes es cuando evaluamos la variable "edad", ya que en ambos estudios las bajas evacuadas con edades entre 25-35 años son las más prevalentes.

González García C., et al. estudiaron de forma retrospectiva las evacuaciones tácticas y estratégicas españolas en Afganistán desde 2002 hasta 2015 a través de los archivos de la Unidad Médica de Aeroevacuación (UMAER), con un total de evacuados de 107 pacientes. De estos el 14% fueron mujeres, (coincidiendo con nuestro estudio). En cuanto a distribución por patologías presentaron 57% patologías quirúrgicas o traumáticas, siendo su origen en la mayoría de los casos accidentes de trabajo o deportivos y con menor frecuencia en acciones de combate. Atribuyen un 43% de las bajas evacuadas a enfermedades médicas, donde cabe destacar que de estas especialidades médicas un 22% corresponde a patología psiquiátrica, el 19,5% a patologías de origen cardiaco que en varias ocasiones necesita tratamiento intensivo y 10,8% a la especialidad de urología. En nuestro estudio hemos presentado una distribución muy similar, incluso tal vez las diferencias que presentamos se deban a los criterios de categorización, pues describimos casi un 70% de patologías médicas. De las que no fueron clasificadas como médicas, encontramos un 14.6% de lesiones por accidente. De las patologías medicas presentamos un 11.04% de las clasificadas como trastornos mentales y de comportamiento y en segundo lugar las clasificadas como enfermedades del aparato digestivo.

Munayco y colaboradores estudiaron las bajas atendidas por los españoles en Afganistán entre 2006 y 2008. Reflejan una distribución por sexo Varón/Mujer de 246/10. El 71 % de las bajas fueron por lesiones con explosivos y el 29% restante por arma de fuego. En nuestro estudio, al igual que el de Munayco, presentamos un mayor porcentaje de pacientes lesionados por aparatos explosivos improvisados que por arma de fuego con una distribución de 57.14% / 42.8% respectivamente.

Torres León y colaboradores revisan las evacuaciones médicas en ISAF durante los años 2009-2012. Encuentran 139 bajas, de combate 10,80% y no de combate 89,20%. Entre las bajas no de combate, las principales causas fueron las lesiones traumatológicas n=41 (33,6%). Entre las bajas por acciones hostiles fue mayoría por artefactos explosivos improvisados. En nuestro estudio no encontramos este número de evacuados, ya que tenemos registrados 132 evacuados desde la zona de operaciones de Afganistán. De éstos, presentamos un número menor por causas de combate (solo

RESUMEN

un 5.3%). Al igual que en su estudio detallamos como causa no de combate las clasificadas como traumatológicas. Existe por tanto una variabilidad leve entre ambos estudios, pero que demuestra claramente que coinciden las causas de evacuación.

Steven P. Cohen y colaboradores describe las evacuaciones entre 2004 y 2007 desde Irak y Afganistán, con un total de 2155 evacuaciones. Las lesiones relacionadas con la guerra en este grupo representaron el 25.6% de las evacuaciones, existiendo como causas más comunes las lesiones relacionadas con el combate (55,4%) y lesiones musculoesqueléticas / espinales (22,9%). Entre las bajas con lesiones no relacionadas con la guerra, las lesiones musculoesqueléticas representaron el 17.8% de las evacuaciones.

Cohen además presenta un 56% de evacuados con lesiones relacionadas con el combate a diferencia de nuestro estudio donde predominan las lesiones descritas como "no de guerra". No obstante, dentro de las no relacionadas con el combate en su estudio aparecen las lesiones musculoesqueléticas y refieren un gran número de evacuados por causas psiquiátricas, por lo que podemos ver en los estudios comparados son causas comunes para todos los ejércitos.

Plaza Torres et al analizan entre 2009-2015 la dotación de seis buques de la Armada española en operación Atalanta. Realizaron 3280 primeras consultas, de ellas el 49,7% se efectuaron en fragatas F-80. Las principales atenciones estaban categorizadas como "otras enfermedades" (1495 -45,5%), seguidas de "otras lesiones" (1008 -31%), enfermedad dermatológica (367 -11,1%), enfermedad bucodental (183 -5,9%), enfermedad ocular (97 -2,9%), quemaduras de primer y segundo grado (54 -1,85%), deshidratación (32 -0,9%), ginecología (17 -0,5%), insolación (16 -0,4%), inhalación tóxica (4 -0,15%). Se evacuaron 8 miembros de la dotación a un escalón sanitario superior (0,6% de la dotación de los buques). Se atendieron a 38 civiles y a 51 presuntos piratas. En nuestro estudio se contabilizaron un total de 56 evacuaciones desde Operación Atalanta que se distribuyen de la siguiente manera: 24 evacuados codificados como lesiones traumáticas, envenenamiento y otras causas externas, como segunda causa las clasificadas como trastornos mentales y las enfermedades del aparato circulatorio, en tercer lugar, las enfermedades del aparato digestivo y las enfermedades genitourinarias. En ambos estudios se encontraron casuísticas disímiles. Se entiende que las patologías más predominantes dentro de la misión no son las que originan más evacuaciones. De cara a la valoración de la formación que recibe el personal previo a despliegue, tendríamos que analizar los pacientes atendidos en consulta dentro de cada Zona de Operaciones.

RESUMEN

Navarro Suay R. et al. analizan su experiencia en la operación Atalanta en el periodo entre julio y octubre de 2015. Presenta una evacuación por hemorragia digestiva. En nuestro estudio encontramos un alto porcentaje de evacuados desde la Op. Atalanta (56/480, 11.7%), siendo la causa más prevalente la clasificada como lesiones traumáticas, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas. Las enfermedades del aparato digestivo dentro de la Operación Atalanta, es del 7% (4 evacuados) y un 9.17% de los analizados desde todas las zonas de operaciones.

V. Beylota, D. Grasb, L. Aiglec analizan las evacuaciones médicas francesas en la República Centroafricana en los primeros once meses de operaciones. Describen 186 evacuaciones médicas. El 28% fueron por motivos psiquiátricos atribuidas a las condiciones de despliegue y al haber participado en la reapertura y cierre de la misión. Las heridas de guerra presentaron el 13% de las evacuaciones estratégicas, principalmente debido a granadas. A diferencia en nuestro estudio solo fueron 3 los evacuados desde RC África y el 66.7% a causa de "Lesiones traumáticas, envenenamiento y otras consecuencias de causas externas" como causa primaria de evacuaciones, sin presentar evacuados por causas de combate.

Navarro Suay R. y colaboradores describen cerca de 2000 asistencias médicas en esta zona de operaciones de Haití; Predominan lesiones dermatológicas, infectocontagiosas y cirugía menor, demostrando nuevamente que los motivos de consulta en zona de operaciones no coinciden con los motivos de evacuaciones estratégicas. Consideramos que se deberían analizar los motivos de consultas intrazona para poder sacar conclusiones sobre casuística, a fin de adaptar la formación previa al despliegue.

Toman E. y colaboradores analizan las evacuaciones del Reino Unido durante un año (2014-2015) procedentes de los conflictos en Medio Oriente; De ellas 13 fueron dados de alta, 13 fueron vistos como pacientes ambulatorios, y 69 requirieron hospitalización. La mediana de edad fue 27 (IQR 24-34), y todos menos uno fueron varones. Valoran en tan solo un año de estudio casi un centenar de evacuados, desconocemos las condiciones en las que se ejecutan las misiones de Reino Unido. Al parecer tenemos gran semejanza en cuanto a características de evacuados, y con una media de edad similar. Esto se podría atribuir a la media de edad dentro de las Fuerzas Armadas.

RESUMEN

Navarro Suay R. y sus colaboradores analizan las evacuaciones estratégicas españolas entre 2008-2013. La muestra fue de 263 evacuados, el rango de edad más prevalente fue el de 25-34 años (48.2%), seguidos por los menores de 25 años (24.5%). La distribución por ejércitos era: Ejército de Tierra 135 (58.7%), Armada 61 (26.2%), 22 (9.1%) del Ejército del Aire, 3 (0.7%) de los cuerpos comunes de las Fuerzas Armadas (1 del cuerpo jurídico militar y 2 del cuerpo militar de sanidad) y 3 (0.7%) de la Guardia Civil. La distribución por zona de operaciones de procedencia fue 110 (47.4%) desde Afganistán, 45 (19.3%) desde Líbano, 22 (9.4%) desde el Océano Índico (Djibouti y las islas Seychelles), 10 (4.3%) desde Kosovo, 5 (2.1%) desde Bosnia, 6 (3%) desde Libia, 2 (0.8%) desde Haití, y 32 (13.7%) desde navegaciones. Entre estos, 211 (91%) fueron bajas no relacionadas con el combate: 126 por enfermedad, 53 por accidente y 32 por lesiones deportivas. Los 21 restantes (9%) fueron bajas de combate: 11 por dispositivos explosivos improvisados y 10 de disparos. Afganistán, seguido de El Líbano, fueron las áreas donde se originaron la mayoría de los evacuados. Las zonas de operaciones con mayor incidencia de evacuaciones fueron Afganistán y Líbano. A diferencia del estudio del comandante Navarro y atribuido a la ampliación del tiempo de este estudio, se objetiva cierta variabilidad en lo que a distribución de zonas de evacuaciones y a cantidad de evacuados por zona se refiere.

Carmona y sus colaboradores publican un póster en el III Congreso de Sanidad Militar (celebrado en febrero del 2018 en Santander, España) donde exponen las actividades realizadas por la UMAER en 15 años y en el que objetivan un número total de evacuados de 260. El 73 % de pacientes atendidos eran hombres, siendo el resultado de la clasificación de enfermedades de 58 a 42 % a favor de las patologías médicas.

García Cañas y colaboradores presentan un estudio descriptivo del patrón lesional de las bajas evacuadas estratégicamente al servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica (COT) del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" como ROLE 4 en los últimos 9 años. Obtiene 453 evacuaciones (2009-2017) de las cuales 201 fueron atendidas por COT. Describe que es la primera causa de evacuación (44% del total de las evacuaciones).

Mata T. y colaboradores realizan un análisis de las evacuaciones atendidas por los servicios médicos en el ROLE 4 español por bajas no de combate durante los años 2011-2013. Obtienen como resultado un total de 148 evacuados, de los que un 33% (n=50) fueron bajas no de combate, la edad media fue de 31.5 años, y la distribución por sexo de 84/16 % con mayoría de varones. Cuando analizamos los evacuados valorando solo las especialidades médicas, excluyendo las que son quirúrgicas, las

RESUMEN

secundarias a accidentes y las secundarias a lesiones de combate, encontramos en ambos estudios que las causas de índole psiquiátrico ostentan el primer lugar. Las edades y la distribución por sexo entre sus estudios y el nuestro presentan similitud.

Hauret y colaboradores publican el artículo "Frecuencia y causa de las lesiones no de combate de evacuados desde Afganistán e Irak entre 2001-2006 del Ejército estadounidense". Un total de 27.563 militares en Irak y 4.165 en Afganistán fueron evacuados. Las lesiones no de combate representaron el 35% y el 36% de los casos, respectivamente, y constituyeron la mayor categoría de evacuaciones para ambas operaciones. Clasifica las principales lesiones no de combate en (fractura, inflamación / dolor y dislocación) y la causa principal los deportes / entrenamiento físico (19% -21%), caídas / saltos (18%) e incidentes relacionados con vehículos de motor (12% -16%). Su casuística es de gran similitud respecto a nuestra distribución de las lesiones no de combate y de los mecanismos lesionales a pesar de que presentan ligeros cambios de estructura en la clasificación.

El mismo grupo en otro estudio analiza las lesiones no de combate. Las engloba en un término que llama enfermedades y lesiones no de combates con sus siglas en inglés "DNBI". Describe que son las principales causas de morbilidad durante las guerras y las operaciones militares. Durante las operaciones en Afganistán e Irak (2001-2013) en los registros de evacuación médica de hospitalización las tasas de evacuación médica (por 1,000 personas-año) para DNBI fueron más altas (Afganistán: 56,7; Irak: 40,2) que las tasas de lesiones de combate (Afganistán: 12,0; Irak: 7,7). En Afganistán e Irak, las principales categorías diagnósticas para evacuaciones médicas fueron lesiones no relacionadas con la batalla (31% y 34%), lesiones de batalla (20% y 16%) y alteraciones de la conducta (12% y 10%) respectivamente. Las principales causas de lesiones fueron entrenamiento deportivo / físico (22% y 24%), caídas (23% y 26%) y accidentes de vehículos militares (8% y 11%).

Skeehan CD y colaboradores realizan un estudio con una muestra de 150 evacuados donde un 19.5% reportaron lesiones no relacionadas con el combate. Exponen que las lesiones no de combate continúan siendo una causa principal de morbilidad entre las tropas desplegadas actualmente en Irak y Afganistán. Como se ha dicho con anterioridad, estos resultados coinciden con los de nuestro estudio, en donde el número de evacuados por causa de combate es notablemente inferior.

RESUMEN

Patterson CM y colaboradores analizan 21,477 evacuaciones médicas obtenidas de los registros de la Real Fuerza Aérea de Reino Unido entre 2003 y 2010. El análisis demostró que el 85.9% de los evacuados eran hombres. El 72% pertenecían al Ejército de Tierra. El motivo principal de evacuación fue las alteraciones musculoesquelético (n = 9192, 50.0%), trauma (n = 1303, 7.1%) y trastornos de salud mental (n = 1151, 6.3%). Los diagnósticos no traumáticos fueron los causantes de las evacuaciones en el 92.9% de los militares, a pesar de presentar como causa más prevalente de evacuación la afección del tejido conectivo y musculoesquelético. El mecanismo lesional, al igual que en nuestro estudio, pudo ser la práctica de deporte.

Conclusión

1. Los motivos de evacuación médicos (no de combate) presentan mayor prevalencia frente a las evacuaciones por causas de combate en todas las Zonas de Operaciones.
2. Las tres principales causas médicas que han producido las evacuaciones estratégicas de los miembros de las Fuerzas Armadas españolas desplegadas en misiones internacionales entre enero de 2007 y diciembre del 2017 han sido las incluidas bajo "La Clasificación Internacional de Enfermedades décima edición" como:
 - c. Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas. De éstas, la totalidad fueron lesiones traumáticas sin objetivarse envenenamiento u otras causas.
 - d. - Los trastornos mentales y del comportamiento, de éstos los subclasificados como trastornos adaptativos no especificados.
 - e. Las enfermedades del aparato digestivo.
3. Se ha obtenido una base de datos de los miembros de las Fuerzas Armadas españolas que sufrieron una evacuación estratégica hasta el cuarto escalón sanitario.
4. No existe una relación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas (sexo y edad) y el motivo de evacuación.
5. Los servicios dentro del ROLE 4 más prevalentes para la recepción de los evacuados desde Zona de Operaciones son: Traumatología, Psiquiatría, Cardiología.
6. Independientemente del año estudiado el motivo de evacuación permanece constante, siendo las causas más frecuentes traumatológicas, psiquiátricas, digestivas (Cirugía General y Gastroenterología) y cardiológicas.
7. En función de las principales causas de evacuación determinamos qué:

RESUMEN

- f. Las causas psiquiátricas, más específicamente el trastorno adaptativo presentan un número importante de evacuados, por lo que los escalones desplegados deberían contar con psicología asistencial (actualmente contamos en la mayor parte de las misiones con psicología de apoyo al mando).
- g. Ante el importante número de militares evacuados por causas digestivas y cardiológicas, se podría modificar el reconocimiento médico previo a la misión en dichas especialidades y sería aconsejable que los médicos militares desplegados en zona de operaciones tengan una adecuada y actualizada formación en ambas áreas.

Autor	Periodo de estudio	País de origen	Zona de Operaciones	Tamaño muestral (n)	Motivo de evacuación			
					1ra causa	2da causa	3ra causa	No de combate
Maddry JK. et al ⁽⁴²⁾	2007-2015	Múltiples	Múltiples	672	-	-	-	56%
Walrath B. et al ⁽⁴³⁾	2012-2015	Múltiples	Múltiples	428	Traumatológica (48%)	-	-	-
Patel A. et al ⁽⁴⁴⁾	2001-2013	Estados Unidos	Afganistán	68349	Traumatológica	-	-	31%
			Irak					34%
Jimmy R. et al ⁽⁴⁵⁾	2001-2014	Francia	Afganistán	182	-	-	-	40%
Simonet J. et al ⁽⁴⁶⁾	2010-2012	Francia	Afganistán	190	-	-	-	40%
Aoun O. et al ⁽⁴⁷⁾	3 meses	Francia	Lebanon	2229	Infecciosa	-	-	99%
			Costa de marfil	1401				
			Afganistán	719				
Huizinga E et al ⁽⁴⁸⁾	2003-2014	Holanda	Afganistán	223	Traumatológica (63%)	-	-	-
Korzeniewski K. et al ⁽⁴⁹⁾	2007-2013	Polonia	Afganistán	485	-	-	-	59%
González C. et al ⁽³⁹⁾	2002-2015	España	Afganistán	107	Traumatológica (57%)	Psiquiátrica (22%)	Cardiológica (19,5%)	-
Munayco A. et al ⁽⁵¹⁾	2006-2008	España	Afganistán	256	-	-	-	-
Torres J. et al ⁽⁵³⁾	2009-2012	España	Afganistán	139	Traumatológica (33,6%)	Psiquiátrica (12,95)	Musculoesquelética (11,51%)	95%
Cohen S. et al ⁽⁶⁹⁾	2004-2007	Estados Unidos	Afganistán	2155	Musculoesquelética	Psiquiátrica	-	26%
			Irak					
Plaza JF. et al ⁽⁵⁵⁾	2009-2015	España	Atalanta	8	-	-	-	-
Navarro R. et al ⁽⁵⁶⁾	2015 (4 meses)	España	Atalanta	1	Hemorragia digestiva	-	-	-
Beylota V. et al ⁽⁵⁷⁾	2014	Francia	República Centroafricana	186	-	-	-	87%
Toman E. et al ⁽⁵⁹⁾	2014-2015	Reino Unido	Múltiples	95	-	-	-	-
Navarro R. et al ⁽⁶⁰⁾	2008-2013	España	Múltiples	232	Psiquiátrica (11,6%)	Cardiológica (8,9%)	Ginecológica (5,7%)	91%
Carmona F. et al ⁽⁶¹⁾	15 años	España	Múltiples	260	-	-	-	-
García C. et al ⁽⁶²⁾	2009-2017	España	Múltiples	453	Traumatológicas (44%)	-	-	92%
Mata T. et al ⁽⁶³⁾	2011-2013	España	Múltiples	148	Psiquiátrica (46%)	-	-	33%
Borrego P. et al ⁽⁶⁴⁾	9 años	España	Múltiples	10	-	-	-	-
Hauret K. et al ⁽⁶⁷⁾	2001-2006		Afganistán	4165	Traumatológicas	-	-	36%

Autor	Periodo de estudio	País de origen	Zona de Operaciones	Tamaño muestral (n)	Motivo de evacuación			
					1ra causa	2da causa	3ra causa	No de combate
		Estados Unidos	Irak	27563	Traumatológicas	-	-	35%
Hauret K. et al ⁽⁶⁶⁾	2001-2013	Estados Unidos	Afganistán	-	Traumatológicas (31%)	De combate (20%)	Psiquiátrica (12%)	57%
			Irak	-	Traumatológicas (34%)	De combate (16%)	Psiquiátrica (10%)	40%
Skeehan C. et al ⁽⁶⁸⁾	2005-2006	Estados Unidos	Afganistán	3367	-	-	-	-
			Irak		-	-	-	
Cohen S. et al ⁽⁵⁴⁾	2004-2007	Estados Unidos	Afganistán	34006	Musculoesquelética (24%)	De combate (14%)	Neurológicos (10%)	86%
			Irak					
Patterson CM. et al ⁽⁷⁰⁾	2003-2010	Reino Unido	Múltiples	21477	Musculoesquelética (50%)	Traumatológicas (7,1%)	Psiquiátrica (6,3%)	-
Guzmán DM. et al (Este estudio)	2007-2017	España	Múltiples	481	Traumatológica (37.92%)	Psiquiátrica (11.04%)	Digestivo (9.17%)	96%

TABLA 4 RESUMEN ESTUDIOS ANALIZADOS

