

Asistencia médica para bajas sufridas en combate táctico: Un estudio de casos del profesionalismo técnico de suboficiales

Teniente Coronel (Dr.) Richard Malish, Ejército de EUA



(Sargento Clifton Caldwell, Ejército de EUA)

Los estudiantes del Curso de Combate de Primeros Auxilios proporcionan asistencia médica en una baja simulada durante un ejercicio de bajas en el Centro Jameson de Adiestramiento Médico de Combate, Base Conjunta de Balad, Irak, 4 de marzo de 2009.

La formación de líderes se logra por medio de una síntesis perpetua de conocimientos, destrezas y experiencias obtenidas mediante el adiestramiento y educación institucional, el adiestramiento organizacional, la experiencia operativa y la autoformación.

—FM 6-22, *Army Leadership*, octubre de 2006¹

EL EJÉRCITO DE EUA posee un cuerpo de suboficiales sin igual entre las fuerzas armadas del mundo. Los suboficiales asignados a las unidades de maniobra

son merecedores de elogios por su capacidad de adaptarse ágilmente a los roles de soldado, líder e instructor. Debido a las guerras en Irak y Afganistán, los suboficiales se han convertido en diestros comunicadores, diplomáticos, estrategas y mediadores; aunque, su formación y dominio de las habilidades técnicas pueden ser ignorados. En las especialidades tales como telecomunicaciones, ingeniería y ciencias computacionales, los suboficiales han transformado las fuerzas terrestres de EUA en una entidad por la cual la palabra “ejército” parece simplista y anticuada. Debido a su dedicación y capacidad de aprender, los hombres y mujeres que se despliegan en apoyo a la seguridad nacional de EUA representan un equipo con pericias multidimensionales.

Un buen ejemplo es la administración de bajas en combate. Los índices de mortalidad en las guerras de Irak y Afganistán son los más bajos que se hayan registrado. Los expertos atribuyen este acontecimiento a dos ítems: los equipos de protección corporal y el primer auxilio en el campo de batalla. Se podría afirmar que el componente más dinámico y etéreo de este éxito de doble filo es los cuidados médicos. Lamentablemente, reducir sus acciones con el término “primeros auxilios” despersionaliza los hechos heroicos que los soldados llevan a cabo en un ambiente cinético aterrador. El “técnico

El Teniente Coronel Richard Malish actualmente es estudiante en la Escuela de Comando y Estado Mayor. Recibió su Licenciatura de la Universidad de Johns Hopkins y su Doctorado en Medicina de la Universidad de las Fuerzas Armadas de Ciencias de Salud. Previamente fue asignado al

Departamento de Medicina del Centro Médico del Ejército Womack como cardiólogo. Ha servido en destinos tales como Cirujano de la 173ª Brigada en la Operación Iraqi Freedom en 2003 y Cirujano de batallón del 3º Batallón del 5º Grupo de Fuerzas Especiales (Aerotransportado).

médico”, o la especialidad militar (MOS) 91W, es uno de los héroes olvidados en las guerras de Irak y Afganistán.

Al seleccionar al técnico médico de combate como un estudio de caso, evaluaré el profesionalismo técnico en el Ejército como una micro-revolución en asuntos militares. Con el fin de describir la transformación del técnico médico de combate en la primera década del nuevo milenio, hay que rastrear las raíces de los cambios en décadas anteriores. En los años 80, el análisis cuidadoso de las lecciones de la guerra en Vietnam puso en marcha una serie de acontecimientos que llevó a la creación del técnico médico moderno de EUA. En la década de los 90, las lecciones aprendidas en Vietnam paulatinamente llegaron a formar parte del adiestramiento médico reformado. Cuando estalló la guerra en Afganistán en 2001 y en Irak en 2003, las Fuerzas Armadas de EUA se encontraban en una encrucijada de la doctrina médica. El Ejército, sin titubear, enfrentó el desafío e instituyó un fundamentalmente nuevo modelo de primeros auxilios en el campo de batalla.

Los suboficiales médicos eran influyentes en cada aspecto de este crecimiento en el profesionalismo médico. Estos suboficiales proporcionaron prueba de concepto. De allí en adelante, el Ejército confió a éstos la tarea crucial de enseñar, adiestrar y mentorar a una nueva generación de técnicos médicos de combate. El Centro y Escuela del Departamento Médico del Ejército en San Antonio, Texas, delegó los detalles de los cambios institucionales a los suboficiales médicos. Cuando el lujo de contar con todo el tiempo del mundo se desvaneció con el inicio de las operaciones de combate en 2001, los suboficiales proporcionaron un “manual de adiestramiento de bolsillo” para que sirviera de puente entre la antigua doctrina y las prácticas innovadoras en el campo de batalla. Había mucho en juego, y ninguna garantía de éxito. Con cada paso, el Ejército esperaba más de los suboficiales médicos. Los bajos índices de bajas en Irak y Afganistán son un testimonio del grado de rendimiento con que los suboficiales cumplieron estas expectativas. El logro de estos estándares refleja un modelo de formación organizacional de líderes. Los suboficiales consistentemente apoyaron,

reforzaron y expandieron ideas eficaces con la capacidad profesional y técnica.

Cómo entender las necesidades médicas de los soldados en combate

Los técnicos médicos en el combate de hoy deben mucho su éxito al trabajo innovador del Dr. (Coronel) Ronald F. Bellamy. Mediante el empleo de modelos teóricos y datos sobre heridas y eficacia de municiones en Vietnam, el Dr. Bellamy buscó comprender cómo murieron los soldados en el campo de batalla moderno.² En su artículo de 1984, “The Causes of Death in Conventional Land Warfare: Implications for Combat Casualty Care Research”, Bellamy llegó a dos importantes conclusiones: primero, que el 90% de los soldados muertos en acción sufrieron muertes catastróficas y heridas insalvables mientras sólo el 10% sufrieron heridas que posiblemente hubieran podido superar; y segundo, que el 98% de los pacientes aún con vida que fueron transportados a los puestos de primeros auxilios, al final sobrevivieron.³

Con el transcurrir del tiempo la importancia de estos descubrimientos muy pronto quedó clara. Primero, el trabajo reveló un grupo de pacientes, con un pequeño subconjunto de heridas, en los que los primeros auxilios tuvieron efectos positivos para salvarles la vida. Segundo, en estos pacientes, la hora y el lugar crucial para recibir los primeros auxilios fue en el campo de batalla, inmediatamente después de ser heridos. Si a los pacientes se les daba, inmediatamente, tratamiento

...estos suboficiales prestan asistencia médica a sus compañeros heridos por horas y hasta días sin la asistencia de un médico.

médico de emergencia para mantenerlos con vida mientras se les transportaba a un puesto de primeros auxilios, la supervivencia era muy probable. Por último, el Dr. Bellamy halló que

la intervención más importante para prevenir la muerte era controlar la hemorragia, especialmente, en heridas recibidas en las extremidades. En lugar de intentar tratamientos específicos para una miríada de posibles heridas sufridas en combate, Bellamy se concentró en el tratamiento de unas cuantas lesiones en las que la intervención podría cambiar los resultados.

En 1996, Frank K. Butler, John Haggman y George E. Butler emplearon datos de Vietnam (incluyendo los datos de Bellamy) para demostrar los puntos débiles del adiestramiento médico de las Fuerzas Armadas de la época.⁴ Formularon una guía para los técnicos médicos que se concentró en:

- los técnicos médicos como el foco de la supervivencia en combate.
- las primeras etapas cruciales de la intervención de lesiones.
- una fórmula simple y memorable de medidas.
- torniquetes y control de hemorragia.
- procedimientos para tratar neumotórax de tensión y obstrucción de la vía respiratoria.

El artículo dirigió la orientación específicamente a los técnicos médicos ya que, son los primeros en el lugar y están verdaderamente en el nexo entre la vida y la muerte. Recomendó que emplearan prácticas que fueran, principalmente, del dominio de médicos en el ámbito de la medicina civil. Entre estas acciones se encontraba la administración de antibióticos, narcóticos y una nueva generación de fluidos de resucitación en el campo. Además, recomendó el empleo agresivo de

procedimientos técnicos tales como la aplicación de torniquetes, cricotiroidotomía y la descompresión de neumotórax por inserción de aguja.

Una organización debe arriesgar mucho cuando hay mucho que ganar. Los procedimientos recomendados son peligrosos si se realizan incorrectamente o por indicación equivocada. El Ejército mitigó los riesgos en las primeras etapas del cuidado médico encabezado por los técnicos médicos en primera línea, asignando esta función a los suboficiales médicos de operaciones especiales. En vista del ambiente en el que operan, estos suboficiales prestan asistencia médica a sus compañeros heridos durante horas y hasta días sin la asistencia de un médico. Reciben adiestramiento que va más allá del que reciben los técnicos médicos convencionales. En algunos casos, se le exige llevar a cabo misiones de primeros auxilios que pueden entrar en el dominio de la práctica de un médico. En el artículo de Butler, Haggman y Butler se recomendó, abierta y oficialmente, que a los suboficiales médicos de las operaciones especiales se les proveyera los conocimientos de resucitación de trauma grave que les permita salvar a un pequeño subconjunto de pacientes cuyas vidas están en peligro de no contar con la ayuda de un médico. Su artículo, “Tactical Combat Casualty Care in Special Operations”, captó, desde el principio, una tendencia de reconocimiento creciente sobre la importancia de los técnicos médicos de combate en la reducción de los índices de mortalidad en el campo de batalla. Muchos piensan que este artículo cambió,

decisivamente, la medicina en el campo de batalla. Los médicos y técnicos médicos de las Fuerzas de Operaciones Especiales (FF.EE.) comenzaron inmediatamente a incorporar en los programas de adiestramiento los fundamentos de asistencia médica para las bajas en el combate táctico. Armados con estos nuevos conocimientos médicos, los técnicos médicos de las FF.EE. demostraron su valor. En 1999 se publicó un artículo que ensalzaba la implementación, por parte de los suboficiales médicos, de la asistencia médica en las bajas de combate táctico en el personal de recuperación.⁵ La comunidad de guerra especial de la Armada, rápidamente adoptó la



Un especialista médico del 1º Batallón, 16ª de Infantería, de la 1ª División de Infantería, escudriña el cielo en busca de un helicóptero médico para evacuar un compañero herido tras un asalto aéreo, Vietnam, junio de 1967.

(Administración Nacional de Archivos y Registros - NARA)

filosofía de la atención médica para las bajas de combate táctico en sus propios suboficiales médicos.⁶ Las directrices del programa lograron un mayor nivel de legitimidad cuando El Colegio de Cirujanos de EUA (*American College of Surgeons*) las adoptó e incluyó en su manual de servicio de emergencia pre hospitalario en casos de trauma.⁷ En su fase experimental, la asistencia médica táctica en manos de suboficiales médicos era reconocida como un gran adelanto. En el adiestramiento y en misiones limitadas del mundo real, los suboficiales médicos demostraron ser capaces de la administración de casos de trauma avanzados.

Primeros auxilios para las bajas en combate táctico y el técnico médico convencional

No es de sorprender que el modelo de atención médica táctica llamara la atención del Departamento Médico del Ejército y fue distribuido a sus unidades convencionales. La desintegración de la Unión Soviética en 1991 marcó el comienzo de una nueva era de amenazas militares. Sin otra superpotencia enfrentando las Fuerzas Armadas de EUA, el Departamento Médico del Ejército reconoció la necesidad de un nuevo tipo de técnico médico convencional capacitado para las misiones de mantenimiento de la paz, apoyo humanitario y conflictos de menor escala. En 1999, a fin de prepararse mejor para este espectro de amenazas, el departamento anunció el establecimiento de una nueva especialidad militar médica: la 91W.⁸ En gran medida, la visión del Jefe del Servicio de Cuidado Médico del Ejército, James B. Peake, el programa de la 91W creó un profesional médico jamás antes visto en el mundo civil: una combinación de un técnico médico certificado en emergencias y un enfermero diplomado. Ambas especialidades, la 91B (técnico médico) y la 91C (enfermero diplomado) fueron incorporadas en la nueva especialidad militar. El Departamento Médico del Ejército aceptó el hecho de que los futuros técnicos estarían operando en las operaciones de contingencia de menor escala parecidas a las operaciones especiales. El Coronel Robert De Lorenzo, defensor de la especialidad militar 91W, estudió el modelo de suboficial



El Sargento Philip Windhorst (centro), le orienta al Cabo Antonio Manzano a medida que administra terapia intravenosa al Sargento Segundo Raymond Calixte durante un curso de primeros auxilios en combate en la Base Avanzada de Operaciones en Kalsu, Irak, 24 de enero de 2009.

médico como un posible prototipo de la nueva especialidad médica.⁹ Además, declaró que el tema de primeros auxilios tácticos sería incluido en el adiestramiento. Al aceptar que las acciones de los médicos de combate eran más importantes que toda la asistencia subsecuente, el programa de la 91W se concentró en el principio de “primeros auxilios en posiciones muy avanzadas” en el campo de batalla. En su introducción en 1999 del concepto de la especialidad 91W, De Lorenzo discutió las expectativas del modelo predecesor, el Técnico Médico (*Future Medic*):

El técnico médico futuro era una extensión del médico o asistente médico, permitiendo que esos profesionales en las posiciones muy avanzadas prestaran primeros auxilios hasta el punto de tratar la herida o enfermedad. Se previó que el futuro técnico médico estaría muy capacitado en los cuidados médicos de emergencia y podía proporcionar primeros auxilios a las víctimas graves en las evacuaciones de grandes distancias.¹⁰

En el programa de la 91W, los técnicos médicos convencionales dotados con habilidades y conocimientos de resucitación similares a los de médicos o asistentes médicos ocuparían las nuevas posiciones.

El programa de la 91W es ambicioso. Bajo el nuevo plan de estudios, los técnicos médicos de combate, reciben 16 semanas de instrucción en lugar de 10 semanas. A diferencia del programa

de la 91B, los técnicos médicos de combate tienen que pasar el examen de técnico médico de emergencias civil para poder graduarse. El adiestramiento con maniqués-simuladores computarizados provee a los estudiantes la pericia en el uso de procedimientos de resucitación. De aún mayor importancia, el adiestramiento le proporciona a los estudiantes la autorización implícita para llevar a cabo tareas que se enseñaron previamente sólo para darles la familiaridad básica (por ejemplo, para asistir a un médico).

Desde el principio, los creadores del programa de la 91W dependieron mucho de los suboficiales. De Lorenzo no dejó lugar a dudas de que la responsabilidad de la “reingeniería más grande de la especialidad médica de combate en la historia” recaería sobre los suboficiales.¹¹ De Lorenzo declaró, “Por supuesto, los suboficiales 91W y los sargentos instructores, todos especialmente adiestrados y capacitados para desempeñar sus roles de instructores, llevarán a cabo la mayoría del adiestramiento.”¹² A cada paso en el camino, los técnicos médicos suboficiales demostraron que la diseminación del adiestramiento importante estaba en buenas manos.

Atención médica rápida por unidades convencionales en combate

Los ataques terroristas en contra del Centro de Comercio Mundial ocurrieron un mes antes del estreno del programa de adiestramiento de la especialidad militar 91W. La guerra en Afganistán comenzó antes de la graduación de la primera promoción de los 91W. Aún en 2003 y en el inicio de las hostilidades en Irak, sólo una minoría de técnicos médicos de combate habían hecho la transición de la 91B/C a la 91W. Aún más importante, los conceptos de la atención médica a las víctimas en combate táctico todavía no habían llegado al punto decisivo en el campo de batalla. En 2005, el Capitán Michael Tarpey, un cirujano de batallón de la 3ª División de Infantería, escribió, “Ha habido muy poca diseminación de las directrices acerca de la atención médica de las víctimas en el combate táctico de las unidades convencionales.”¹³ Sin embargo, sí habían pequeños grupos de expertos en este tipo de atención médica que se desplegaron con las fuerzas invasoras.

La unidad de Tarpey, la Fuerza de Tarea 1-15 Infantería (FT 1-15 IN) de la 3ª División de Infantería provee un ejemplo. En su artículo, “Tactical Combat Casualty Care in Operation Iraqi Freedom”, Tarpey describe cómo él, su ayudante médico, el sargento médico de pelotón y otros suboficiales médicos llevaron a cabo un curso de tres meses de duración sobre el tema para los técnicos médicos del batallón.¹⁴ El curso se terminó poco antes de que la unidad atacara a Irak entrando por Kuwait en calidad de uno de los elementos líderes de la invasión terrestre el 21 de marzo de 2003. Usando las técnicas de adiestramiento basadas en escenarios, idénticas a las adoptadas en 1999 por las unidades de las FF.EE., los técnicos médicos de la FT llegaron a ser muy diestros en el uso de las técnicas avanzadas para tratar pacientes simulados que “en ocasiones, el “reconocimiento y tratamiento, sencillamente lo sabían de memoria”.¹⁵

En los primeros 25 días de combate, y a pesar de haber tenido 32 bajas, la FT 1-15 IN no sufrió ningún muerto en acción. Tarpey se convirtió en uno de los muchos defensores del mensaje de atención médica de bajas en el combate. Declaró que las directrices de la atención médica en el combate “han probado salvar vidas y su amplia diseminación debe ser de primera prioridad.”¹⁶ Otras unidades implementaron la atención médica en el combate táctico en sus preparaciones para el combate. Una de estas unidades era la 173ª Brigada Aerotransportada que entró en combate el 26 de marzo de 2003 por medio de un asalto paracaidista en el aeródromo de Bashur en el norte de Irak. De la misma forma que hizo la FT 1-15 IN, la 173ª Brigada empleó a los suboficiales de mayor jerarquía para adiestrar extensamente a los técnicos médicos en cuanto a la atención médica en el combate antes de desplegarse. Además del adiestramiento en el salón de clase y basado en escenarios, los técnicos médicos recibieron productos farmacéuticos y equipamiento adecuados para llevar a cabo los procedimientos de cuidado médico en el combate. Como paso adicional para asegurar que la información sobre este tipo de atención médica siempre estuviera disponible, los soldados llevaban “tarjetas inteligentes” laminadas. Puesto que el cirujano de brigada y los asistentes médicos de batallón fueron involucrados, en gran medida, en la planificación de la atención médica, delegaron la tarea importante de adiestrar

a los técnicos médicos sobre el tema de atención médica en el campo de batalla a los suboficiales experimentados y a los nuevos egresados del programa de la 91W.

Los suboficiales técnico médicos de la 173ª Brigada desempeñaron un rol indispensable en la formación de un equipo de técnicos médicos de profesionalismo inigualable. La atención médica de heridas *in situ* era tan completa que, en muchas ocasiones, hizo irrelevante la pericia del cirujano de brigada. Al observar que ninguna otra forma de atención médica era necesaria a nivel de estación de socorro de la brigada, el cirujano sólo hizo evaluaciones rápidas de los pacientes (sin intervención) antes de evacuarlos al equipo quirúrgico avanzado cercano. En estos casos, no se necesitaba el cuidado médico de un doctor a nivel de estación de socorro, puesto que los suboficiales técnico-médicos ya habían proporcionado la atención médica inicial en el lugar y en el momento en que eran necesarios: en el campo de batalla, sólo segundos después de haber sido heridos. No hay casi duda de que la visión de Peake acerca de

la atención médica en posiciones avanzadas, en alguna medida, se llevó a cabo en la Operación *Iraqi Freedom*. Siendo en parte técnico-médicos, parte enfermeros, y de hecho, parte médicos, los 91W representan un avance sin igual en la medicina profesional y técnica de resucitación en combate.

Amplia diseminación de la atención médica en el combate táctico

Si bien es improbable que las experiencias de la FT 1-15 IN y la 173ª Brigada fueran singulares, con el transcurrir del tiempo, las unidades que no habían sido adiestradas en este tipo de cuidado médico en combate llegaron a ser la excepción. Consistentemente en la vanguardia, la comunidad de operaciones especiales estableció un “Comité de atención médica de víctimas de combate táctico” en 2001. Juntos con figuras importantes como el Director General de Salud Pública de EUA y expertos de fama mundial en el campo de trauma y cirugía de quemaduras, también sirvieron siete suboficiales técnico médicos en este comité en



Ejército de EUA, Soldado April Campbell

El Sargento Clint Higgins practica las destrezas de salvavidas aprendidas en la clase en un ambiente simulado de combate en Campamento Atterbury, Indiana. En el ejercicio, los estudiantes tenían que practicar la inserción intravenosa, la aplicación de torniquetes y vendaje de presión, el tratamiento de trauma mental y la evacuación de soldados heridos del área donde fueron lesionados.

2004 y 2005.¹⁷ A fin de encontrar una insuficiencia en el cuidado médico táctico en la comunidad de las operaciones especiales, en 2004, el comité recomendó el inicio del “Modelo de Iniciativa de Transición del cuidado médico para víctimas de combate”.¹⁸ Este programa, patrocinado por el Comando de Operaciones Especiales de EUA, ofrece un curso intensivo de tres días sobre el tema a las unidades de operaciones especiales en un período de seis meses antes de su despliegue. El plan de estudios saca provecho y depende de los talentos e iniciativa de los suboficiales técnico médicos locales. Las sesiones de “adiestrar al instructor” comenzaron el primer día para que los técnico-médicos de las unidades puedan ayudar en el adiestramiento subsiguiente en los siguientes dos días.¹⁹ El programa extiende su alcance al emplear a los suboficiales técnico-médicos de esta manera.

Por fin en 2005, de una manera u otra, la atención médica en el combate táctico llegó hasta la fuerza convencional en general. Las unidades convencionales, incluso a la 82ª División Aerotransportada, la 10ª División de Montaña, la 3ª División de Infantería y la 101ª División Aerotransportada, emplean variaciones del plan de estudios de adiestramiento de atención médica de víctimas de combate táctico “justo a tiempo”.²⁰ Estos planes de estudios continúan complementando el grupo constante de personal en las unidades de maniobra de combate con técnicos médicos que han recibido la instrucción del programa de la 91W del Centro y Escuela del Departamento Médico del Ejército.

Resultados

Si bien los técnicos médicos siempre han desempeñado un rol importante en la atención médica en posiciones avanzadas en el campo de batalla, el nuevo tipo de atención médica ha reorganizado el modelo de las líneas de combate. Lo que antes era un diseño de “aporte y dispersión” con la estación de socorro de batallón en su centro, ahora es una “manta” o “paraguas” de protección. En muchos casos, los técnicos médicos entremezclados en la tropa, actualmente realizan todas las funciones de una estación de socorro de batallón, que ahora, común (y lógicamente) se omite, para llevar a los pacientes más rápidamente a cirugía.

El Director General de Salud Pública del Ejército, Eric B. Schoomaker, declaró en 2008 que los índices de supervivencia de EUA en Irak y Afganistán eran los más altos “en toda la historia de la guerra”.²¹ A partir de junio de 2007, el índice de muertos en acción por causa de heridas graves era un 16,1% a diferencia de un 21,1% en Vietnam.²² Estas cifras significan una reducción relativa de riesgos de 24% entre las dos guerras. Si bien existe un gran consenso de que la atención médica en combate ha contribuido a los índices más altos de supervivencia, es difícil establecer una clara relación causal. Según lo mencionado previamente, los expertos atribuyen el éxito en los índices de supervivencia a la combinación de los equipos de protección corporal y a los primeros auxilios en el campo de batalla. No está definida la proporción del incremento de los índices de supervivencia que se le puede atribuir a cada variable. Aún así, muy pocos de los que han presenciado directamente los resultados de la atención médica en combate (por ejemplo, el Capitán Tarpey) dudan que su contribución sea menos que significativa.

En retrospectiva, es fácil considerar el surgimiento exitoso de la atención médica en combate (tanto directa como indirectamente por medio de su incorporación al plan de estudios del programa de adiestramiento de la 91W) como un hecho consumado. No obstante, la conclusión es demasiado optimista. Tom Philpott lo expresó francamente cuando declaró, “No [fue] algo de menor importancia para los doctores dar más responsabilidad a los técnicos médicos en el campo de batalla con respecto al tratamiento en casos de trauma.”²³ De no haber sido por el adiestramiento esmerado y estrecha supervisión de los líderes, tanto suboficiales como otros, las prácticas y procedimientos de la atención médica de las víctimas en el combate táctico podrían haber resultado en más daños que beneficios. En 2005, el General de División George W. Weightman, el entonces comandante de la Escuela y Centro del Departamento Médico del Ejército de EUA, denominó la decisión de delegar las destrezas avanzadas en casos de trauma a los técnicos médicos “un gran salto de fe”.²⁴ Esta declaración, si se toma literalmente, implica una incertidumbre que tal vez no existía. Y si existía, probablemente fue equilibrada por el reconocimiento de los

talentos del cuerpo de suboficiales en el cual cae la responsabilidad de implementar el programa.

No quiero minimizar la importancia de las innovaciones en la protección corporal. Los creadores de este equipamiento merecen la misma admiración que los nombres mencionados en el presente artículo. Además, el concentrarse sólo en los Bellamy, Butler y Peakes del Ejército pasa por alto una característica crucial del sistema en el cual éstos trabajan. El éxito o fracaso práctico de iniciativas ambiciosas a menudo puede ser atribuido completamente a los suboficiales. En calidad de líderes, maestros, implementadores del nuevo estilo de atención médica en combate táctico, los suboficiales representan el centro de gravedad, el núcleo del concepto. Más allá de ser los que posibilitan el producto final, los suboficiales contribuyeron significativamente en cada fase del desarrollo y diseminación del nuevo programa de atención médica de combate. En el futuro, los suboficiales continuarán siendo esenciales en el adiestramiento médico y de los líderes de técnicos médicos desde el ingreso en el Ejército hasta el campo de batalla.

Jamás se debe olvidar que el suboficial técnico médico no es singular en su compromiso con los aspectos técnicos de la profesión. Los suboficiales de la infantería han extendido el alcance profesional para incluir las negociaciones y la diplomacia. Los suboficiales de telecomunicaciones han

adquirido y perfeccionado las destrezas de las ciencias computacionales. El suboficial asistente legal puede gestionar los asuntos legales más comunes sin la presencia de un abogado. Hay un sinnúmero de otros ejemplos. Los suboficiales técnicos médicos son representativos del incremento en el nivel de profesionalización requerido de los suboficiales en el mundo moderno. Mientras que los teóricos discuten si una revolución informacional en los asuntos militares está en curso, no cabe duda alguna de la diversidad revolucionaria y la profundidad de las experiencias requeridas a los suboficiales. El ejemplo de los suboficiales técnicos médicos no sugiere que un proceso que va desde arriba hacia abajo ni de abajo hacia arriba es responsable del logro del estado final deseado de hoy en día. En su lugar, parece estar en juego un proceso de aprendizaje y liderazgo organizacional de apoyo mutuo en el cual las innovaciones cognitivas de investigadores y analistas están implementadas por un cuerpo de suboficiales inteligentes, prácticos y alertas quienes poseen altos niveles de pericias técnicas y profesionales que, hasta este momento, jamás han sido vistas en las Fuerzas Armadas de EUA. **MR**

El autor le gustaría agradecer y reconocer al Dr. Timothy Henschel por su asistencia en la revisión de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El Manual de Campaña (*Field Manual - FM*) del Ejército de EUA 6-22, *Army Leadership* (Washington DC: Oficina Federal de Imprenta (*Government Printing Office - GPO*), octubre de 2006), págs. 8-9.
2. Robert F. Bellamy, "How Shall We Train for Combat Casualty Care?" *Military Medicine* 152 (diciembre de 1987): págs. 617-21.
3. Robert F. Bellamy, "The Causes of Death in Conventional Land Warfare: Implications for Combat Casualty Care Research," *Military Medicine* 149 (febrero de 1984): págs. 55-62.
4. Frank K. Butler, hijo, John Hagmann, y George E. Butler, "Tactical Combat Casualty Care in Special Operations," *Military Medicine* 161 (Suplemento de 1996): págs. 3-16.
5. Richard G. Malish, "The Medical Preparation of a Special Forces Company for Pilot Recovery," *Military Medicine* 164 (diciembre de 1999): 881-84.
6. Frank K. Butler, hijo, y John B. Holcomb, "The Tactical Combat Casualty Care Initiative," *Army Medical Department Journal*, PB 8-05-4/5/6 (abril/mayo/junio de 2005): págs. 33-37.
7. *Ibid.*
8. James B. Peake, "91W Healthcare Specialist," *Army Medical Department Journal*, PB 8-99-10/11/12 (octubre/noviembre/diciembre de 1999): p. 1.
9. Robert A. De Lorenzo, "Medic for the Millennium: The U.S. Army 91W Health Care Specialist," *Military Medicine* 166 (agosto de 2001): 685-88.
10. Robert A. De Lorenzo, "91W: Force XXI Combat Medic," *Army Medical Department Journal*, PB 8-99-10/11/12 (octubre/noviembre/diciembre de 1999): págs. 2-6.
11. De Lorenzo, Medic for the Millennium, p. 685.
12. *Ibid.*, p. 687.
13. Michael J. Tarpey, "Tactical Combat Casualty Care in Operation Iraqi Freedom," *Army Medical Department Journal*, PB 8-05-4/5/6 (abril/mayo/junio de 2005): 39-41.
14. *Ibid.*
15. *Ibid.*
16. *Ibid.*
17. Frank K. Butler, hijo, y John B. Holcomb, y col., "Tactical Combat Casualty Care 2007: Evolving Concepts and Battlefield Experience," *Military Medicine* 172 (Suplemento de noviembre de 2007): págs. 1-19.
18. Butler y Holcomb, "The Tactical Combat Casualty Care Initiative," p. 34.
19. *Ibid.*, p. 35.
20. *Ibid.*, p. 36.
21. Eric B. Schoomaker, "One Year after Walter Reed: An Independent Assessment of Care, Support, and Disability Evaluation for Wounded Soldiers," comentarios ante el Comité de Supervisión, Gobierno y Reforma, Subcomité de Seguridad Nacional y Asuntos Exteriores, 27 de febrero de 2008, Disponible en: <http://nationalsecurity.oversight.house.gov/documents/20080227161333.pdf> (27 de mayo de 2009).
22. Ronald F. Bellamy, "A Note on American Combat Mortality in Iraq," *Military Medicine* 172 (octubre de 2007): I, p. 1023.
23. Tom Philpott, "Military Update: Fewer War Wounds Suffered in Iraq are Fatal," *Stars and Stripes*, 16 de noviembre de 2005.
24. *Ibid.*