



SPRIJINUL MEDICAL AL FORȚELOR MILITARE ÎN OPERAȚII MEDICAL SUPPORT OF MILITARY FORCES IN OPERATIONS

*Colonel (ret.) medic prof. univ. dr. Viorel ORDEANU**
*Colonel (r) prof. univ. dr. Benoni ANDRONIC ***

Rezumat: *Principiile de organizare și funcționare ale sprijinului medical militar se înscriu în principiul general al organizării militare și se conformează necesității de protejare a sănătății militarilor și de menținere și refacere a capacității de luptă, filtrate prin experiența militară istorică, dar și prin experiența personală a autorilor.*

Sinteza de față, efectuată de autorii articolului, nu este un rezumat al regulamentelor militare în vigoare în acest moment și nici nu le contrazice, ci prezintă principii fundamentale pe care se bazează orice organizare sau reorganizare militară, fiind valabilă pentru trecut, prezent și viitor.

Cuvinte cheie: *Serviciul sanitar militar, organizare sanitară, tactica sanitară, pierderi sanitare, sprijin medical, asistența medicală, prim ajutor, spitale de campanie, formațiuni medicale Rol 1-4.*

Abstract: *The principles of organization and operation of military medical support are part of the general principle of military organization and conform to the need to protect the health of the military and to maintain and restore combat capability, as filtered through historical military experience and the personal experience of the authors.*

The present synthesis by the authors of the article is not a summary of the military regulations currently in force, nor does it contradict them, but presents fundamental principles on which any military organisation or reorganisation is based, and is valid for the past, present and future.

Keywords: *military medical service, medical organization, medical tactics, medical casualties, medical support, medical care, first aid, field hospitals, medical formations Role 1-4.*

Introducere

Războiul este nu doar o confruntare armată, ci un conflict de anvergură maximă, o angajare complexă, într-o confruntare complexă, al cărei ultim aspect este confruntarea armată, adică lupta armată, având ca obiectiv imediat reducerea capacității de luptă a adversarului nimicind sau neutralizând efectivele acestuia, atacându-i și distrugându-i economia de război și implicit provocarea unor victime colaterale (distrugerii materiale și victime în populația civilă).

Organizarea militară este ierarhică, aparent rigidă, dar în realitate numai comanda este unică și strictă. Acest sistem, aparent greu de înțeles de

* Profesor universitar la Universitatea „Titu Maiorescu” București, email: ordeanu_viorel@yahoo.com

** Profesor universitar, membru corespondent al Academiei Oamenilor de Științe din România, email: benoneandronic@yahoo.com



nemilitari, conferă forța și coeziunea oricărei armate, conducerea unitară și unitatea de voință și de acțiune a trupeii.

Se observă că organizarea militară este aparent diferită de la o armată la alta și de la o etapă istorică la alta, dar respectă o anumită logică organizațională. Organizarea serviciului sanitar, care se suprapune acestuia pentru a asigura efectivele luptătoare, se adaptează acestei organizări militare flexibile, în funcție de necesități și posibilități.

Lupta armată este o permanență a istoriei omului, iar istoricii arată că este doar o continuare din preistoria societății umane și chiar a hominidelor, dar biologia o compară cu comportamentul agresiv al regnului animal și chiar cu lupta pentru existență a tuturor viețuitoarelor din biosferă¹. Numai că oamenii, fiind capabili de anticipare, abstractizare și organizare conștientă, au ajuns treptat la *război ca fenomen social*, de la luptă individuală și bătălie colectivă, la lupte între grupuri organizate și înarmate *cu arme de război*.

Orice război, indiferent de obiectivele sale pe termen mediu sau lung, are ca obiectiv imediat *reducerea capacității de luptă* a adversarului. Aceasta se realizează prin omorârea sau incapacitarea forțelor luptătoare și chiar a populației adversarului, prin afectarea economică și financiară a acestuia pentru a nu putea să continue lupta, așa cum, astăzi, acționează invadatorul rus în Ucraina, invazie de o violență feroce. Ori toate acestea *influențează sănătatea publică*, ca epidemie de politraumatisme și criză sanitară multiplă. Rezultă că în orice situație de conflict militar, medicina, și în primul rând *medicina militară*, are un rol major în profilaxia, tratamentul și recuperarea forței vii, contribuind la menținerea capacității de luptă și la restabilirea normalității post-conflict. De aici rezultă și importanța deosebită a medicinei militare, care este o componentă importantă a suportului și sprijinului logistic.

1. Bazele istorice

În Comuna primitivă (paleolitic și mezolitic) întreaga comunitate participa la vânătoare, în funcție de aptitudini. Dar în neolitic, în luptele dintre oameni predominau bărbații, fiind mai puternici fizic, iar femeile erau protejate, ele fiind și pradă de război. Uneori morții erau canibalizați (ca vânat sau ritualic), iar învinșii erau folosiți ca animale de casă, așa apărând sclavagismul în Antichitatea veche, aflată încă în neolitic. Această etapă a civilizației umane a favorizat dezvoltarea socială, economică și militară. S-au dezvoltat agricultura, științele și artele, construcțiile, tehnologia etc., culminând cu civilizația antică a Orientului Mijlociu, a Egiptului și a Chinei. Au fost create și s-au răspândit marile invenții, inclusiv scrisul și a început Istoria. A apărut epoca metalelor, mai întâi metalele nobile apoi bronzul și ulterior fierul. Cei care aveau tehnologie avansată puteau să fabrice arme mai bune, cu care să își extindă stăpânirea în alte teritorii și alte popoare. De unde scrisul era la început doar un mijloc de a ține evidența bunurilor (răboj) și apoi de a comunica și a păstra informații, a ajuns să consemneze faptele deosebite, inclusiv bătălii și războaie, punând bazele istoriei. În prezent, istoria poate fi considerată ca o cronologie a războaielor de toate felurile duse de oameni contra oamenilor, iar

¹ Evoluția umană, *Wikipedia*, disponibil la https://ro.wikipedia.org/wiki/Evolu%C8%9Bia_uman%C4%83, accesat la 22.08. 2023.



istoricul Nicolae Iorga spunea „*Citiți istoria ca să știți ce va fi*”, acesta prezentând și o sinteză exhaustivă a acțiunilor de luptă ale armatelor Țărilor Române din toate timpurile².

Vechii egipteni au perfecționat inclusiv armele de război: ofensive (sulițe, securi, cuțite, săbii, arcuri cu săgeți), defensive (scut, casca, platoșă), armele grele (carul de luptă, corăbii de război) și fortificațiile. Unirea prin luptă a Egiptului de Sus cu Egiptul de Jos și cucerirea teritoriilor învecinate a creat primul imperiu, la confluența Africii cu Asia, iar Faraonul a devenit primul împărat. Au urmat alte imperii în Asia de Vest, cu popoare de origine persană, în Asia de Est, cu popoare chineze și în Asia de Sud cu indieni. După mai bine de două milenii de civilizație egipteană, în sudul Peninsulei Balcanice și în insulele Mării Mediterane s-a dezvoltat treptat și civilizația elenă, vechii greci, care au format baza civilizației europene de mai târziu.

De ce aceste areale de civilizație umană și nu altele? Biologia omului funcționează optim la temperatura medie de 27°C (ca și a palmierilor), iar dacă este mai frig trebuie să își creeze echipament individual de protecție termică (haine și încălțăminte) și colectiv (adăposturi izolate termic). În plus, trebuie să fie accesibile zilnic surse de apă și de hrană. Așa că zonele temperate au fost locuite mult mai târziu, abia în neolitic sau chiar în Evul Mediu, iar zonele polare abia în secolul XX. Aceasta extindere a zonelor populate a dus la concurență, la războaie de cucerire, de eliberare, de recucerire etc., în care avantajul a fost de partea celui mai avansat tehnologic, deci cel mai bine înarmat.

2. Organizarea militară

Dacă la începutul civilizației, cetele de vânători sau de războinici se întâlneau întâmplător și se luptau, cu timpul aceasta a devenit o ocupație eroică, descrisă și în literatura elină. Se constituiau armate aliate, flote militare, se aplicau stratageme de război, asedii de cetăți, dar luptele se desfășurau cu cete organizate pe populații și comunități, așa cum este descris și asediul Troiei, cetatea-port prin care treceau rutele terestre și maritime ce legau Asia de Europa. În general, cetele fiecărei armate se aliniau față în față și începeau lupta corp la corp³. Răniții și bolnavii erau lăsați în seama puținilor medici (*iatros*), iar săgețile și sulițele cu contravârfuri erau scoase după luptă cu mâna (*chiros*) de soldați special instruiți la fiecare ceată, de unde a rămas termenul de chirurg. Comandanții aveau noțiuni de prim ajutor și, ca exemplu, se păstrează pictura pe ceramică în care Ahile pansează rana camaradului său Patrocle (lovit în mână de o săgeată) cu o fașă *în spic* sau bazorelieful în care un chirurg scoate o suliță din coapsa unui comandant grec. Când Alexandru Macedon a pornit campania de cucerire din Asia a fost însoțit și de savanți și medici, deci avea un fel de *spital de campanie*.

Cu timpul, în Antichitatea clasică, organizarea luptei se perfecționează, se luptă având un centru puternic (la greci erau *hopliți* cu armură, deci infanterie grea) și aripi de infanterie ușoară, apoi rezerve și cavalerie care atacă prin

² Nicolae Iorga, *Istoria Armatei Românești*, Editura Paul Editions, Bucuresti, 2023, pp. 14 - 16.

³ Paul Zaharia, „Războiul troian, între mit și realitate. A existat cu adevărat”, disponibil la <https://historia.ro/sectiune/general/razboiul-troian-intre-mit-si-realitate-a-existat-2183798.html>, accesat la 28.08. 2023.



învăluire. Persanii atacau la centru cu mii de care de luptă, tactică aplicată și în prezent cu tancuri (*char de combat* fr. car de luptă) și blindate. Macedonenii creează faimoasa *falangă macedoneană* așezată în pătrat cu latura de 16 lăncieri (deci 256 luptători de infanterie grea), care poate să lupte la fel de eficient în orice direcție, dar nu se poate deplasa ușor, deci trebuie să fie însoțită de infanterie ușoară și auxiliari. Acest model a fost preluat mai târziu și de armata romană, pentru linia a doua a frontului de luptă (rezerva), iar în Evul Mediu de lăncierii germani. Rezultă că încă din Antichitate armatele erau organizate flexibil, în funcție de necesități și posibilități, pe unități și subunități, cu diferite funcțiuni și armamente, deci tactici de luptă diferite, dar complementare. Astfel, în secolul XV, armata otomană, care a cucerit Constantinopolul, avea artilerie grea (600 mm!), cu care a dărâmat zidurile celei mai puternice fortificații din lume, iar cea care a cucerit Rodosul avea 200 000 de soldați de toate felurile. Toate acestea dispuneau și de personal sanitar (luptător sau neluptător) care însoțea trupele în campanie și care putea să organizeze Spitale militare, fixe sau de campanie, al căror model a fost preluat de la armata romană.

Istoricul și teoreticianul militar Carl Philipp Gottlieb von Clausewitz, care a fundamentat *teoria artei militare*, a afirmat că orice structură militară, pentru a fi funcțională, *trebuie să fie împărțită*, cel puțin, în două corpuri și, cel mult, în nouă corpuri subordonate. Dacă nu este împărțită nu se poate adapta cerințelor de moment ale luptei, iar dacă e prea fragmentată este greu de coordonat în luptă. În general, *armatele moderne* au structura principală împărțită *ternar*, adică în trei diviziuni, plus forțele auxiliare (de exemplu, forțele fostului Tratat de la Varșovia și altele), sau *pentonic*, adică în cinci diviziuni plus forțele auxiliare (de exemplu forțele NATO). Dar există și excepții, astfel, flota americană la Midway fiind în inferioritate cantitativ și calitativ față de flota japoneză, care ataca pe grupuri de luptă distincte, a atacat unitar, pe rând, fiecare grup inamic și a obținut victoria. Fiecare nivel ierarhic de organizare militară dispune și de forțe și mijloace sanitare militare corespunzătoare, dar diferite cantitativ și calitativ.

Este evident că structura de forțe diferă în cazul acțiunilor de luptă de tip *expediționar* (atunci când trupele sunt trimise să lupte într-o anumită zonă îndepărtată) sau când este un război clasic cu *front continuu*, fie de apărare, când spatele frontului sprijină forțele luptătoare, sau de cucerire când spatele frontului este ostil, așa cum a fost în Operațiunea Barbarossa. Dar toate acestea pot fi amestecate, astfel în Războiul din Golf din 1991, agresorul irakian era în poziție de apărare, cu front continuu (ca în războaiele mondiale), iar Forța Multinațională expediționară ataca pe 4 direcții: flota aliată pe mare, forțele terestre americane, britanice și franceze pe uscat, pe direcții diferite, iar sprijinul logistic, inclusiv sprijinul medical (din care făcea parte și Spitalul românesc) în spate, pe teritoriul Arabiei Saudite.

În special, sprijinul logistic este influențat decisiv de organizarea și disponerea forțelor luptătoare, deci inclusiv sprijinul medical al forțelor luptătoare. O particularitate deosebită o prezintă operația multi-domeniu, și actualul război din Ucraina poate fi o ilustrare a acesteia, după care se vor contura multe lecții învățate.



3. Suprapunerea organizării militare și sanitare

Deși organizarea militară modernă este ierarhică, aparent rigidă, în realitate numai comanda este unică și strictă la toate nivelurile. Prin subordonarea multiplă, pe linie de specialitate (sprijin de luptă, arme, sprijin logistic, sprijin informațional, etc.) și comanda care poate fi luată direct, în condițiile regulamentare, cu un nivel sau două mai jos (cu aprobarea eșalonului superior și informarea eșalonului superior acestuia), prin *brain storming* la nivelul Statului Major, cu acceptul tacit al trupei față de decizia informată, dar unică a comandantului direct (*ordinul se execută, nu se discută*), constituind o democrație centralizată sau un centralism democratic, pe care noi l-am putea numi *democrație militară*. Acest sistem, aparent greu de înțeles de nemilitari, conferă forța și coeziunea oricărei armate, conducerea unitară și unitatea de voință și de acțiune a trupei. Acest sistem de conducere a fost preluat și de unele întreprinderi civile, inclusiv private, precum și de unele guverne, atât totalitare cât și democratice. Armata Română a dovedit practic în toate războaiele moderne la care a participat, inclusiv în Revoluțiile din 1944 și 1989, chiar și în cele mai grele momente istorice, o unitate deplină de voință și de acțiune, atât ofițerii, cât și trupa reprezentând interesele naționale.

Ca principiu, o organizare aparent simplă, care în funcție de necesități și posibilități devine elastică și se adaptează oricărei situații, încercăm să o prezentăm în continuare, inserând la fiecare nivel cu propunerile de forțe și necesarul de asistență medico-militară, pornind de la nivelul sanitar de bază până la nivelul de medicină performantă. Trebuie menționat că așa cum organizarea militară este piramidală și structura pierderilor sanitare este piramidală, cazurile cele mai ușoare (bolnavi și/sau răniți) fiind cele mai multe, cele grave fiind mai puține, iar decesele și mai puține, în funcție de situație. În rarele situații consemnate de istorie, în care după bătălie numărul morților a fost mai mare decât al răniților, înseamnă că învingătorul a masacrat răniții și prizonierii inamicului. Ca exemple, istorice, se poate aminti de armata Imperiului Otoman, care avea și trupe de *satârgii*, care după terminarea luptei omorau răniții inamicului, dar și răniții grav ai lor (ca să nu mai sufere!), iar în Războiul din Golf din 1991, tranșeele și adăposturile irakiene au fost îngropate în nisip, deci nu mai era nevoie ca învingătorul să se ocupe de prizonieri și de răniții adversarului.

În timp de pace fiecare unitate militară are un serviciu medical cu unul sau mai mulți medici (ofițeri sau civili), subofițeri sanitari sau asistenți medicali, personal sanitar militar sau civil, șoferi pe autosanitare etc., care funcționează în cadrul unei *Infirmerii de unitate*, cu cabinete de consultație, de tratament, staționar și izolator, depozit cu materiale sanitar-farmaceutice pentru uz curent și stoc etc. Aceștia se subordonează pe linie de comandă Comandantului unității și sau Șefului logisticii, iar pe linie profesională Medicului șef al eșalonului superior. Toate unitățile sunt arondate teritorial Spitalelor militare de urgență, unele fiind moștenite de la armatele Țărilor Române, de la armata austriacă sau înființate mai nou. Acestea sunt modernizate și finanțate de la Bugetul Sistemului Securității Naționale, precum și de Casa de Asigurări de Sănătate pentru Apărare, Ordine Publică, Securitate Națională și Justiție.



Unele spitale militare au în componere și Clinici Universitare (arundate Centrului Universitar respectiv), dar și Spitale de campanie care se activează la ordin. Majoritatea zecilor de unități sanitare militare, clinice și neclinice, sunt subordonate Direcției Medicale a MApN, iar câteva Direcțiilor Medicale departamentale sau unor mari unități.

Situația, de principiu, pe care o prezentăm în continuare, ca suport pentru sprijinul medical al forței, nu se referă specific la anumite arme (se știe că la infanterie efectivele sunt mai numeroase, iar organizarea mai simplă) și nici la denumirile specifice ale unor subunități și unități tehnice, ci este o prezentare ierarhizată a structurii militare, care uneori sare una sau mai multe trepte, în funcție de nevoi și de tradiția militară respectivă sau de cerințele aliaților.

4. Organizarea și funcționarea ierarhică a sprijinului medical

La nivel de subunitate

Pornind de la nivelul *luptătorului* izolat, în principiu soldatul (ori soldat fruntaș, elev-militar etc.), cea mai mică subunitate este *echipa* de 3 (plus ori minus), comandată de un Caporal (Caporal șef) apoi *grupa* cu 3 echipe, comandată de un Sergent (Sergent major, Sergent șef) deci cca. 10 luptători, echivalentul *decuriei* romane comandată de un *decurion* (subofițer).

Fiecare luptător ar trebui să aibe *masca contra gazelor*, *echipamentul de protecție CBRN*, *pachetul antichimic individual (PAI)* pentru decontaminare CBR, *pansamentul individual*, *seringa de autoinjectare* cu fiole de atropină și blisterul cu *antidot* neuroparalitic și cel cu *antibiotic* pentru profilaxia post-expunere în atacul bacteriologic, precum și o rezervă minimală de *apă și alimente ambalate etanș*.

Grupa are un soldat-sanitar luptător, instruit și dotat cu o geantă sanitară care conține o trusă minimală de prim ajutor. Răniții și bolnavii pot fi ajutați de urgență, chiar și în timpul luptei, prin autoajutor, ajutor reciproc sau prim ajutor premedical și dacă pot, vor continua lupta.

Trei grupe pot forma o mică subunitate, un *pluton* comandat la pace de un locotenent, iar la război de un sublocotenent rezervist sau de un Plutonier (Plutonier major, Plutonier șef, Plutonier adjutant sau un Maistru militar la armele tehnice), deci circa 31 de luptători. În timpul luptei, în funcție de situație, comandantul plutonului poate să organizeze un *punct de prim-ajutor*, denumit punct de adunare răniți (PAR), folosind în primul rând cei trei soldați sanitari din subordine (dintre care unul poate fi gradat-sanitar), ce va acorda primul ajutor premedical, transportul răniților cu targa sau cu chinga, imobilizare etc. și poate solicita ajutor medical ierarhic sau evacuare sanitară (MEDEVAC).

În principiu, trei plutoane formează o *companie*, subunitate comandată de un ofițer inferior, eventual rezervist (Locotenent, Sublocotenent, Locotenent major, Aspirant etc.) plus o echipă de comandă: un plutonier de companie, un subofițer sanitar sau gradat sanitar (care acordă primul ajutor premedical, inclusiv manevre de reanimare), servanții mitralierei de companie etc., în total



cca 100 de luptători, echivalentul *centuriei* romane, comandată de *centurion* (ofițer) sau de un *sutaș* (în armatele române medievale)⁴.

Compania organizează PAR pentru adunarea răniților și acordarea primului ajutor premedical sau medical, sau dacă este posibil *Forward medical management* adică punctul medical avansat (PMA) și condiții pentru evacuarea răniților pe etape sau pe destinații.

La nivel de unitate militară

Batalioanele sunt organizate pe companii comandate de un ofițer inferior sau superior (Căpitan, Căpitan-locotenent, Maior, Locotenent-colonel etc.), în funcție de importanță, având și o grupă de comandă în structura căreia se află și un subofițer sanitar sau ofițer-medec (generalist sau rezervist ori ofițer-medec student), subofițer de companie, subofițer de intendență).

Batalionul poate avea în structură 3 companii, precum și un număr de subunități de sprijin de luptă și sprijin logistic, fiind considerat *unitatea de bază minimală în luptă*, își are originea în *cohortele* armatei romane, comandate de un centurion de cohortă (ofițer superior). Rolul acestora a fost confirmat pentru armatele moderne de Napoleon Bonaparte, când a reorganizat Marea Armată franceză. Efectivul teoretic de cca 310 luptători poate fi mărit în funcție de necesar, conform misiunii. Nu trebuie omis faptul că un batalion care luptă continuu are o limită de timp de cca. 8 ore, după care trebuie să fie înlocuit sau să intre în repaus.

Personalul sanitar existent poate să organizeze un punct sanitar batalionar, infirmerie de campanie, *Battalion Aid Station* (BAS) într-un loc adăpostit, accesibil militarilor proprii, dar ascuns față de inamic, amplasat în adăpost, în cort, în clădire rechiziționată sau în autospecială (*medical shelter*). Acesta poate să acorde primul ajutor medical de urgență, hemostaza, perfuzii și stabilizarea răniților în vederea evacuării pe etape, având rolul de formațiune medicală primară (Rol 1) considerat *Forward medical management*.

Unitatea militară imediat superioară este *regimentul*, format în principiu din trei batalioane, comandat de un ofițer superior (colonel), care dispune de un Stat Major, de un minim de artilerie ușoară, de formațiune de apărare CBRN, cercetași, logistică, serviciu sanitar etc. totalizând cca 1 000 de militari. În armatele românești medievale o unitate de o mie de *voinici* (soldați) era comandată de un *miaș* (ofițer).

Dar și unitățile militare, cu batalioane și/sau regimente, pot avea structură și efective variabile. Ca exemplu de excepții, Batalionul Azov din componența Ministerului de Interne ucrainian a avut inițial 300 de militari, apoi 500, iar când a devenit regiment a avut 1000 și apoi a depășit 10 000 de militari, organizați în batalioane și companii⁵.

Regimentele dispun de *Infirmerie cu staționar la pace și de formațiune medicală mobilă Rol 1 la campanie* (mobilă sau dislocabilă), cu medic-șef, minimum un ofițer-medec generalist, un medic dentist, subofițer sanitar, gradat sanitar, soldat sanitar și șofer autosanitară, concentrat la

⁴ Nicolae Iorga, *Op.cit.*, pp. 24 - 18.

⁵ Vladimir Zincenco, *Batalionul Azov, eroism și extremism in Ucraina*, Editura Neverland, București, 2022, pp. 7, 32, 71, 142 -143.



Punctul medical regimentar (infirmierie de unitate) Acesta este în măsură să acorde ajutorul medical calificat, operații de mică chirurgie și stabilizarea rănitului sau bolnavului pentru evacuare la spital de campanie Rol 2, ori la *Echipa chirurgicală avansată*, și evacuare ulterioară pe etape sau pe destinații.

Transportul pentru evacuarea răniților și bolnavilor se face *către sine* sau *de la sine* în sistem *multimodal*: pe jos, cu vehicul tractat uman sau animal, auto specializat (autosanitară rutieră, șenilată sau blindată), sau improvizat (etc. mașini de teren, camioane etc.), aerian (elicopter, avion, dronă), naval (fluvial sau maritim) etc. Scopul este de a nu depăși *timpul de aur ideal de 2 ore și maximum de 24 de ore* de la producerea rănirii, pentru ca ajutorul medical să fie eficient chiar și în cazurile grave. Rănitul trebuie să fie supravegheat permanent și să i se acorde primul ajutor pentru menținerea funcțiilor vitale.

La nivel de mare unitate tactică

Brigada este o mare unitate tactică, comandată de un General de brigadă, formată din 3 regimente și/sau un număr variabil de batalioane, care dispune de arme întrunite și de un serviciu sanitar propriu Rol 1 și/sau Rol 2, subordonate Medicului șef al brigăzii. În concepția clasică de apărare sau de atac, fiecare brigadă dispune de un *Spital chirurgical de campanie*, dislocabil, care se dispune în fâșia de operație a brigăzii. Spitalul poate să funcționeze în corturi sau în clădiri rechiziționate din zonă, (dispensare medicale, școli etc.) asigurând utilitățile și facilitățile necesare pentru funcționare continuă timp de minimum 5 -7 zile. Personalul propriu (medici specialiști, subofițeri sanitari, sanitari, șoferi, pază etc.) depășește 100 de militari, locurile de spitalizare sunt maximum 100, iar în zona se vor afla bolnavi ambulatori, personal de logistică pentru aprovizionare și reaprovizionare etc., în total cam cât efectivul unui batalion.

Dacă spitalul este plin cu răniți operați, care necesită spitalizare în continuare și nu pot fi evacuați în totalitate, la deplasarea înainte a brigăzii acesta rămâne pe loc, iar brigada primește un alt spital din rezerva eșalonului superior. Dacă brigada este în retragere și nu s-a putut evacua în totalitate personalul și bolnavii operați, la ordinul comandantului o parte a spitalului poate să rămână pe loc, cu bolnavii și cu un minimum de personal sanitar pentru îngrijirea acestora, fiind teoretic sub protecția Dreptului Umanitar. În această situație s-a aflat și maiorul medic Carol Davila, care a participat ca ofițer francez la războiul franco-prusac din 1870 - 1871. Fiind comandantul unui spital de campanie, a căzut prizonier la germani cu tot spitalul și și-a continuat activitatea îngrijind răniții francezi până la încheierea păcii. Având această experiență, a condus serviciul sanitar al Armatei Române în Războiul de Independență din 1877-1878. Dar realitățile din Al Doilea Război Mondial și războaiele care au urmat acestuia arată că semnul Crucii Roșii nu mai este protectiv, ci doar indicativ, ca urmare au fost și sunt bombardate inclusiv spitale militare și chiar civile.

Concepția tactic - operativă actuală prevede acțiuni de tip expediționar în Teatrele de Operații (TO), în care forțele luptătoare sunt asigurate cu echipe chirurgicale mobile înaintate (*Forward surgical team*), care primește răniții (transportați multimodal, inclusiv cu elicoptere



TACTEVAC), face triajul, operează pentru salvarea vieții și stabilizare și evacuează multimodal. Evacuarea răniților operați se face inclusiv cu elicoptere și avioane TACTEVAC spre facilități Rol 3, respectiv spitalul TO (*Theater Hospital*) sau alte spitale specializate. Marile unități tactice, ca și Teatrele de Operații dispun de spitale de campanie Rol 2 în corturi, în containere, pe autospeciale etc⁶.

Răniții primiți de la Rol 1 (*Forward medical management*) după operare de urgență și stabilizare (*Emergent surgical stabilization*) sunt evacuați medical (MEDEVAC) cu TACTEVAC după caz, spre Rol 3 în TO sau cu STRATEVAC direct la facilități specializate Rol 4 din țară sau ale aliaților. Formațiunile medicale Rol 4 (*Tertiary care hospital*) asigură tratamentul complet (*Definitive treatment*) care se încheie cu reexpertizarea medicală: apt combatant, apt necombatant sau inapt, în această situație se pune și problema dacă este recuperat pentru muncă sau măcar pentru viață. Decedații de la toate nivelurile de formațiuni medicale sunt predați Logisticii pentru înhumare, incinerare sau repatriere. În cazul cadavrelor contaminate CBR, serviciul sanitar trebuie să participe și să se asigure că sunt luate toate măsurile de protecție (decontaminare, dezinsecție, dezinsecție etc.).

Spitalele militare de campanie clasice (unele aflate deja în stocurile sanitare) pot fi transformate în funcție de necesități, la ordinul Direcției Medicale (DM) a Frontului sau a TO, din profil chirurgical în spital de boli interne, de boli contagioase, de boli contagioase deosebit de periculoase, de arși, de intoxicați, de iradiați, de oftalmologie, de psihiatrie etc. Pentru aceasta se completează dotarea specifică și se transferă personal specializat în domeniu. Așa a funcționat și Spitalul Chirurgical de Campanie nr. 100 de la Ploiești, când a fost trimis în Războiul din Golf în 1991, ca *Field Hospital no. 50* în *Operațiunea Granby* din Arabia Saudită. Deoarece există riscul de atacuri CBRN, spitalul a fost completat cu secții și laboratoare specifice, a avut o companie de Apărare CBRN și un Pluton de infanterie pentru pază etc. A fost încadrat în Forță Multinațională și pus sub comanda britanică, comandantul acesteia caracterizându-l că *old but good*. După misiune a fost trimis în anii următori în alte misiuni de luptă, în Somalia și în Angola, după care autospecialele au fost casate pentru uzura fizică. În 2015, în alertă mondială de Ebola aceeași formațiune, considerată Rol 2 în subordinea Spitalului Universitar de Urgență Militar Central, din București, a fost instalat la Otopeni, în apropierea Aeroportului Internațional Henry Coandă, pentru primirea eventualilor suspecți de Ebola sau a bolnavilor evacuați spre țara cu avionul Spartan MEDEVAC. Dar din fericire nu a avut cazuri confirmate. Același spital de campanie Rol 2, dotat, organizat și reorganizat corespunzător, a funcționat la Otopeni ca spital Covid-19. A avut o activitate intensă pentru diagnostic și tratament, cu câteva mii de activități în intervalul de cca 3 ani cât a funcționat.

În principiu răniții ușor sunt tratați pe loc sau la PAR/Punctul Medical Avansat (PMA), după care continuă lupta sau sunt evacuați pentru continuarea tratamentului la Rol 1. Răniții medii, dar fără leziuni care amenința viața, după un prim ajutor pe loc sunt evacuați la Rol 2 unde se completează tratamentul medico-chirurgical și după caz se întorc la luptă,

⁶ Caius Bogdan Teusdea, Florin Purcaru „Evaluarea și tratamentul politraumatizațiilor în condiții de extrema urgență”, *Revista de Medicină Militară*, București, 2005, CXII (4) pp. 315 - 323.



sunt reținuți pentru continuarea tratamentului sau sunt evacuați după destinație pentru îngrijiri medicale specializate (specialități medicale) Rol 2 sau Rol 3. Formațiunea medicală Rol 2 este echivalentă cu Antena chirurgicală (Franța) sau echipele chirurgicale care însoțesc unitatea sau chiar cu Spitalul chirurgical de campanie⁷.

Un exemplu atipic este la Marina Militară, unde navele mari de luptă inclusiv submarinele nucleare și navele auxiliare mari dispun de sală de operații, unde medicul generalist al navei operează mâna 1, subofițerul sanitar mâna 2, iar mecanicul-șef (inginer) monitorizează pacientul.

Divizia este o Mare unitate tactică, comandată de un General de divizie sau General maior (cu două stele), formată în principal din 3 brigăzi și alte unități și subunități, cu un efectiv total de cca 10 000 de militari.

Această structură vine de la armata romană, unde Legiunea avea aproape zece mii de luptători infanterie grea, plus infanterie ușoară, cavalerie, artilerie (nu de foc!), auxiliari, logistică, inclusiv spital militar și altele, comandată de un ofițer superior echivalent general. În armatele românești medievale, comandantii de corpuri de oaste (mai multe unități similare) erau comandate de *Căpitani*, echivalent Generali, iar în armata Otomană această funcție o aveau Pașii, care erau uneori și guvernatori de provincii.

Divizia dispune de un Serviciu sanitar propriu cu formațiuni Rol 1 și Rol 2 subordonate Medicului-șef al Diviziei. În acțiunile de tip clasic dispune de un Spital de campanie, pentru forțele din afara brigăzilor sau ca rezervă pentru brigada care pierde un spital sau acesta este blocat cu răniți. În funcție de situație poate să primească temporar de la eșalonul superior unul sau mai multe spitale de campanie, eventual specializate conform nevoilor, pentru îngrijirea răniților, bolnavilor, naufragaților proprii, ai aliaților sau ai inamicului căzuți în prizonierat. Aceste Spitale de campanie trebuie să fie aprovizionate și reaprovizionate pentru o funcționare neîntreruptă de minimum o săptămână. Dispune și de o Companie de autosanitare pentru evacuarea răniților *către sine* (din teren) și *de la sine* (spre spitale).

Răniții medii, cu leziuni care amenință viața, vor fi tratați inclusiv chirurgical, se internează la Anestezie terapie intensivă (ATI) și, dacă este cazul, se evacuează mai departe. Răniții grav, după triaj, dacă sunt selecționați ca decedați și muribunzi, sunt la urgență minimă *Expectant* marcat cu culoare neagră, iar cei cu șanse de supraviețuire vor fi tratați de urgență etapizat: *Urgent* (cod roșu), *Imediat* (cod portocaliu), *Întârziat* (cod galben) și *Minimal* (cod verde)⁸. Deci asistența medicală a militarilor răniți în timpul acțiunilor de luptă este asigurată succesiv prin formațiuni medicale special destinate:

- Rol 1 pentru asistența medicală primară, la fața locului, prin activități de prim ajutor sau ajutor medical calificat, triaj, resuscitare și stabilizare;

⁷Caius Bogdan Teusdea, „Principii de triaj și evacuare la spitalele de campanie (Role 1 și Role 2)”, *Revista de Medicină Militară*, București, 2009, CVIII (4) pp. 23 - 38.

⁸ American College of Surgeons Committee of Trauma, „Field categorization of trauma patients and hospital trauma index” *Bulletin of the American College of Surgeons*, 1980, 65, pp. 28 - 33.



- Rol 2 ca structură medicală mobilă sau dislocabilă, capabilă să primească și să trieze pacienții, să efectueze resuscitarea și tratarea șocului la nivel superior față de Rol 1, având în componere echipe chirurgicale de tratament al traumei și elemente pentru ATI⁹.

Cu acest tip de formațiuni medicale Armata Română a participat și participă la exerciții comune cu aliații în cadrul categoriilor de forțe, pentru simularea sprijinului medical¹⁰. Trebuie menționat că în domeniul militar totul este simulare, în afară de acțiunile de luptă (război).

La nivel mare unitate operativă

Corpul de Armată, mare unitate operativă, comandată de un General de corp de armată, este format din 3 divizii și/sau mai multe brigăzi, cu un efectiv de circa 31 000 de militari.

Sprijinul medical, condus de un Medic-șef, dispune de toate tipurile de formațiuni medicale de campanie. În operația de apărare poate să ia în subordine și un Spital Militar de Urgență teritorial și poate folosi jumătate din capacitatea de tratament și spitalizare a oricărui spital civil din zona de responsabilitate. În operația ofensivă poate să folosească *Spitalul de campanie propriu și cele primite ca întărire* de la eșalonul superior și poate să organizeze cooperarea civili-militari (*Civil-military cooperation* - CIMIC) cu toate forțele și mijloacele sanitare existente în zona de responsabilitate, ori în TO. Acestea includ facilități pentru diagnostic, tratament, spitalizare, aprovizionare și reprovizionare sanitar-farmaceutică, cazare, transport multimodal inclusiv MEDEVAC tactic (TACTEVAC) și/sau strategic (STRATEVAC).

Armata ca mare unitate operativă, comandată de un General de armată, este format din 3 corpuri de arme întrunite și/sau mai multe divizii/brigăzi, cu un efectiv de circa 100 000 de militari. Sprijinul medical, condus de un Medic-șef, dispune de toate tipurile de formațiuni medicale de campanie. În operația de apărare are și Spitale Militare de Urgență teritoriale și poate folosi jumătate din capacitatea de tratament și spitalizare a oricărui spital civil din zona de responsabilitate. În operația ofensivă poate să folosească *Spitale de campanie proprii și cele primite ca întărire* de la eșalonul superior, inclusiv *Secția Bazei de Spitalizare a Frontului* primită ca întărire de la Direcția Medicală. Medicul șef poate să organizeze cooperarea CIMIC cu toate forțele și mijloacele sanitare existente în zona de responsabilitate ori din TO. Acestea pot fi: facilități pentru diagnostic, tratament, spitalizare, aprovizionare și reprovizionare sanitar-farmaceutică, cazare, transport multimodal medical (MEDEVAC) inclusiv tactic (TACTEVAC) sau strategic (STRATEVAC). Dacă Direcția Medicală a Frontului dispune de o *Bază de spitalizare* îi poate pune la dispoziție o *Secție a Bazei*, cu autonomie de circa 2 săptămâni.

În această categorie mai intră și Forțele aeriene și Forțele Navale, cu specificul lor pentru personalul îmbarcat și cu particularitatea navelor spital

⁹ Bowen TE et al, „Sorting of casualties” in Emergency War Surgery NATO Handbook, Washinton DC, US Government Printing Office, 1988, pp. 181-192.

¹⁰ Ordin nr. M 126 din 17 decembrie 2008 privind Responsabilitățile structurilor militare pentru evacuarea medicală și monitorizarea răniților și bolnavilor din teatrele de operații” Monitorul Oficial nr.887 din 29 dec. 2008.



pentru evacuare, tratament și spitalizare a răniților, bolnavilor și naufragaților, utilizând la nevoie și baza sanatorială și hotelieră a litoralului sau a stațiunilor balneare. În prezent forțele militare la pace ale României nu au efectivul minimal pentru a forma o Mare unitate operativă de nivel Armată.

La nivel de mare unitate strategică

Grupul de Armate, ca mare unitate strategică, se înființează numai la război, este comandată de un General de armată sau un Vice-Mareșal, este formată din cca 3 Armate (2-4) cu un efectiv total de cca 310 000 militari. Poate fi echivalat cu Frontul în unele armate.

Sprijinul medical, condus de un Medic-șef, dispune de toate tipurile de formațiuni medicale de campanie. În operația de apărare are și *Spital Militar de Urgență teritorial* și poate folosi jumătate din capacitatea de tratament și spitalizare a oricărui spital civil din zona de responsabilitate. În operația ofensivă poate să folosească *Spitalul de campanie propriu și cele permise ca întărire de la eșalonul superior, inclusiv Baza de spitalizare a Frontului sau o secție a acesteia, dacă Direcția Medicală are în dotare*. Medicul-șef poate să organizeze cooperarea CIMIC cu toate forțele și mijloacele sanitare existente în zona de responsabilitate, ori TO: facilități pentru diagnostic, tratament, spitalizare, aprovizionare și reaprovizionare sanitar-farmaceutică, cazare, transport multimodal inclusiv MEDEVAC tactic sau strategic.

Frontul, ca mare unitate strategică, se înființează numai la război, este comandat de un Mareșal (grad militar care se obține numai în război), este format din cca 3 (+/-1) Grupuri de Armată, cu un efectiv total de cca 1 milion de militari. În prezent, efectivele de război /mobilizare ale Armatei Române nu au efectivul complet de Mare unitate strategică de nivel Front. Trebuie amintit că la sfârșitul secolului XX, România avea 4 Armate care la mobilizare deveneau Fronturi pentru o apărare circulară a teritoriului.

Sprijinul medical, condus de Direcția Medicală a Frontului, cu Secțiile și birourile sale, cu Depozitele sanitare zonale, inclusiv medicina veterinară și farmacie, coordonează activitatea tuturor formațiunilor medicale Rol 1-4 din zona de responsabilitate și cele de Medicină Preventivă, de aprovizionare și reaprovizionare sanitar-farmaceutică, precum și cooperarea cu celelalte forțe (inclusiv de apărare CBRN) și colaborarea cu forțele aliate.

Direcția Medicală a Frontului poate să dispună, în ofensivă, și de o *Bază de spitalizare*, cu una sau mai multe *Secții de spitalizare, formate din Spitale de campanie versatile, mobile sau dislocabile* (în corturi, în containere, pe autospeciale, tren pe cale ferată, nave spital, avioane spital etc.). În aceste spitale lucrează medici chirurghi și de alte specialități, militari activi sau rezerviști, ofițeri-elevi medici, subofițeri sanitari, paramedici și personal ajutător. Trebuie menționat că în caz de forță majoră, neexistând suficienți medici ATI pentru toate echipele chirurgicale, medicii stomatologi ar putea fi folosiți ca înlocuitori ai anesteziștilor.

Din punct de vedere istoric, în Războiul de Independență, Armata Română, cu o singură Armată a luptat pe Frontul de Sud, alături de aliații ruși și apoi împotriva lor. În Primul Război Mondial cu 4 Armate a luptat pe Frontul



de Vest și Frontul de Sud alături de aliații ruși și apoi împotriva lor, fiind alături de aliații francezi. În Al doilea Război Mondial cele 4 Armate au luptat alături de germani pe Frontul de Est și apoi împotriva lor pe Frontul de Vest. Această *întoarcere a armelor* a fost cauzată întotdeauna de încercarea aliatului respectiv de a smulge o regiune din teritoriul României, iar Armata Română, de la Soldat la Mareșal, a acționat unitar și hotărât împotriva oricui ar fi atentat la unitatea națională.

Mai trebuie menționat că din toate armele prezente pe front, cele mai mari pierderi procentuale le-a suferit Serviciul sanitar, deoarece este implicat direct în focarele de luptă sau de boală pe care este chemat să le gestioneze în folosul forțelor luptătoare și implicit a populației civile.

Peste nivelul de Front nicio armată, oricât de mare ar fi, nu mai prevede alte subdiviziuni, chiar dacă așa cum a fost în Al Doilea Război Mondial, Rusia (URSS) avea în Europa grupuri de fronturi pe direcțiile Nord, Centru și Sud. În condițiile războiului modern nu mai sunt prevăzute concentrări masive de trupe (pentru atac sau în rezervă) deoarece ar putea fi lovite cu arme de distrugere în masă chimice, biologice, radiologice și/sau nucleare (ADM CBRN), în special cu lovituri nucleare tactice. Armatele occidentale, inclusiv NATO, își protejează forțele prin adunare în locuri sigure, bine apărate, iar cele de tip sovietic prin dispersare și mascare. Se poate exemplifica cu Divizia 101 Aeropurtată din U.S. Army de la Baza Mihail Kogălniceanu care este apărută dinspre Crimeea și de Baza românească de rachete AA Patriot de la Capul Midia și Baza aeriană Mihail Kogălniceanu, precum și marea bază terestră a SUA din Kosovo apărută și de Baza românească cu rachete Antibalistice și AA de la Deveselu.

Se poate discuta despre nivelul de *strategie mare* la nivel național, de alianță sau internațional, cu milioane de luptători, cu grupuri de fronturi, sisteme naționale de apărare, alianțe multinaționale etc., care au conducere în principiu politică (civilă) și nu militară și care nu formează entități bine definite în cadrul războiului. În acest caz poate fi vorba de milioane de luptători, de diferite naționalități și de sprijinul întregii infrastructuri economico-sociale care trece rapid la *economia de război*.

Concluzii

Se observă că atât organizarea militară este aparent diferită de la o armată la alta și de la o etapă istorică la alta, dar respectând o anumită logică organizațională, cât și organizarea serviciului sanitar, care se suprapune acestuia pentru a asigura efectivele luptătoare și care se adaptează acestei organizări militare flexibile, în funcție de necesități și posibilități. Structurile militare existente pot fi mărite sau micșorate, redenumite, transformate, etc., fiind reorganizate la ordin ca un *puzzle* pentru a avea eficiență maximă în orice situație.

Principiile de organizare și de funcționare a serviciului sanitar militar se înscriu în principiul general al organizării militare și se conformează necesității de protejare a sănătății militarilor și de menținere și refacere a capacității de luptă.

În timpul luptei, la subunități se acordă primul ajutor premedical (*Forward medical management*) și se face evacuarea la Rol 1 la unitate



(*Battalion Aid Station*) unde se acordă primul ajutor medical calificat. Dacă este apt, militarul se întoarce la luptă, iar dacă nu, este evacuat (TACTEVAC) la formațiunea medicală Rol 2 (*Forward Surgical Team*) pentru triaj și tratament primar specializat, deci la un Spital chirurgical de campanie sau similare. Decedații se predau la Logisticii pentru cele legale (înhumare, incinerare sau repatriere), iar operații tratați sunt evacuați (*Emergent Surgical Stabilization MEDEVAC*) la formațiunea medicală Rol 3 (*Theater Hospital*) cu mijloacele TACTEVAC sau STRATEVAC. Cazurile grave se evacuează STRATEVAC către formațiuni medicale Rol 4 fixe, în țara de origine sau la aliați (Spitale de Zonă Interioară) pentru tratament supraspecializat (*Tertiary Care Hospital*) pentru tratament definitiv (*Definitive Treatment*). În funcție de starea rănitului/bolnavului evacuarea se poate face direct pe destinații, sărind unele etape inutile. Ca urmare a expertizei medico-militare pacientul vindecat poate fi Apt combatant sau necombatant, Inapt (dar apt pentru muncă) sau invalid de război.

Este foarte important ca întregul personal sanitar militar să respecte în primul rând vechile principii generale ale medicinei: *Primum non nocere* (în primul rând să nu faci rău), *Tratăm bolnavi și nu boli* (deci o medicină umană și personalizată), *Niciun bolnav nu trebuie să rămână fără tratament* (indiferent cine este bolnavul și de ce mijloace dispunem), să se ghideze după Legile și Regulamentele militare și după propria conștiință profesională pentru rezolvarea situațiilor atipice sau de forță majoră cu care se poate confrunta.

Serviciul sanitar militar trebuie să fie organizat și să funcționeze compatibil cu organizarea și funcționarea sistemului militar din care face parte, într-un sistem eficient și flexibil. Forțele și mijloacele medicale pot fi depășite în situații de criză, respectiv de luptă, și trebuie să se aplice un sistem flexibil de alocare a lor și de atribuțiuni funcționale adecvate situației existente, dar și de eșalonare a activităților în raport cu volumul și complexitatea acestora.



BIBLIOGRAFIE

Instrucțiuni, regulamente

Ordin nr. M 126 din 17 dec 2008 privind Responsabilitățile structurilor militare pentru evacuarea medicală și monitorizarea răniților și bolnavilor din teatrele de operații”, Monitorul Oficial nr.887 din 29 dec. 2008.

Surse de autor

BOWEN TE et all, „Sorting of casualtyes” in Emergency War Surgery NATO Handbook, Washinton DC, US Government Printing Office, 1988.

IORGA N., *Istoria Armatei Românești*, Editura Paul Editions, București, 2023.

TEUSDEA C. B, „Principii de triaj și evacuare la spitalele de campanie (Role 1 si Role 2)”, *Revista de Medicină Militară*, București, 2009, CVIII (4).



TEUSDEA C. B., PURCARU F., „Evaluarea și tratamentul politraumatizațiilor în condiții de extremă urgență”, *Revista de Medicină Militară*, București, 2005, CXII (4).

ZINCENCO V., *Batalionul Azov, eroism și extremism în Ucraina*, Editura Neverland, București, 2022.

ZAHARIA P., „Războiul troian, între mit și realitate. A existat cu adevărat”, <https://historia.ro/sectiune/general/razboiul-troian-intre-mit-si-realitate-a-existat-2183798.html>.

Surse Web

American College of Surgeons Committee of Trauma, „Field categorization of trauma patients and hospital trauma index” *Bulletin of the American College of Surgeons*, 1980, 65.

Evoluția umană, *Wikipedia*, disponibil la <https://ro.wikipedia.org/wiki/Evolu>.

