



CONCLUSIONES del XIV Congreso de la SEMAM

Ramales de la Victoria, 18-21 sept 2014

- ❖ Las nuevas tecnologías pueden aplicarse para mejorar la seguridad de los montañeros, pero son una herramienta más. En ningún caso pueden sustituir a la preparación previa de una actividad (ruta, dificultad, duración, material, meteorología, etc), a los cursos de formación técnica, al sentido común, a no salir solo, o a dejar dicho dónde se va, por enumerar algunos aspectos básicos. Además, en la montaña no hay siempre cobertura para garantizar su utilización. Por otro lado, están suponiendo que se aumente la demanda de socorro, no siempre imprescindible cuando tenemos un incidente, ya que muchas veces puede ser solucionado por los miembros del propio grupo. La educación/formación y la prevención son la base de la seguridad en montaña. La formación en los colegios sobre la “gestión del riesgo en el medio natural” es una herramienta de gran utilidad para disminuir los accidentes y, por tanto, los rescates.
- ❖ La medicalización de los grupos de rescate es necesaria e imprescindible. La mayoría de las CCAA del Estado Español no cuentan con un rescate en montaña medicalizado (es decir, que el sanitario –ya sea médico o enfermero- llegue hasta el montañero en el mismo lugar en el que se le rescata). El modelo de socorro en montaña no puede en ningún caso generar agravios comparativos entre los españoles (montañeros o montañeses) por encontrarse en un punto u otro de la geografía de nuestro país por varios motivos: *La analgesia en el lugar del accidente es un derecho humano* (Urs Wigget, CISA-IKAR MedCom) y el contar con personal sanitario en el rescate tranquiliza al equipo responsable del operativo, mejorando su intervención y, por supuesto, las posibilidades de supervivencia del paciente. Con una vida al año que se salve, la inversión en personal sanitario en los rescates está sobradamente amortizada desde un punto de vista económico (lo caro no es el rescate, es el tratamiento médico-quirúrgico, la rehabilitación, las bajas laborales y las secuelas). El personal sanitario de rescate debe estar integrado en los servicios de emergencia de la Comunidad Autónoma, estar formados en técnicas de rescate en montaña, en helitransporte y saber hacer medicina de emergencia en medio difícil, aislado y hostil. La formación continuada de todos los intervinientes (pilotos, socorristas y sanitarios) debe ser más específica, periódica y frecuente que en los mismos colectivos que ejercen su labor en contextos menos exigentes.

- ❖ La mayoría de los servicios de emergencias españoles carecen de psicólogos integrados en su equipo humano que cuiden de su salud mental. El papel del psicólogo es fundamental tanto para que los rescatadores y sanitarios gestionen sus miedos, como para su preparación emocional en situaciones de crisis.
- ❖ El debate sobre “el cobro de los rescates” debe re-orientarse. Está claro que todos pagamos impuestos y que los “usuarios” no desean renunciar a un servicio que hasta ahora se ha prestado “gratuitamente”. Sin embargo, hay que ser consciente de que *la salud no tiene precio, pero tiene un costo* y que los recursos son limitados. Los colectivos implicados (socorristas, sanitarios, deportistas, turistas de montaña, instituciones, aseguradoras) deben plantear diferentes propuestas y llegar a una solución de más o menos consenso sin perderse en demagogias.
- ❖ Pocas son las expediciones que contemplan contar con un médico o enfermero como uno de sus miembros. Es necesario planificar la cobertura sanitaria sobre el terreno en todas las expediciones a zonas remotas (altas montañas, polos, cuevas, barrancos no explorados, zonas desérticas, etc.), así como la formación en primeros auxilios de los integrantes. Si se cuenta con un médico o enfermero en estos proyectos, los beneficios son claramente remarcables, tanto para alcanzar los objetivos marcados, como para garantizar la salud de sus participantes y minimizar los operativos de rescate a distancia que se demandan poco a poco con más frecuencia.
- ❖ La misma figura de “Personal sanitario de a bordo” (REAL DECRETO 258/1999, de 12 de febrero), que puede administrar medicación en alta mar y realizar determinados actos (inyecciones, curas, vías venosas, etc.) siempre bajo la responsabilidad de un médico que pauta el tratamiento a distancia, debería poder aplicarse en situaciones de “zonas remotas” o de “extrema periferia”; es decir, cuando la ayuda médica puede demorarse horas.

PREMIOS del XIV Congreso de la SEMAM

- **Premio José Ramón Morandeira a la mejor comunicación de socio joven:** Carlos Fernández Galache C, Izaguirre Martínez Y, Arroyo Soto A, Fernández Fernández T. SOSPECHA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PERICARDITIS AGUDA TRAS COMPETICIONES DE MONTAÑA.
- **Premio a la mejor comunicación del Congreso:** Sanda Javares, Amparo Navarro Garrido. ACTUACION MEDICA EN LA EXPEDICION RUNCHET KHOLA ECH´14.

PREMIOS de la SEMAM

- **XII Premio Castelló Roca (2014) a la trayectoria profesional de Medicina de Montaña:** Dra. M^a Antonia Nerín Rotger
- **II Premio Salvaguardia (2014) a la trayectoria profesional de enfermería de montaña:** Manuel Vázquez Martínez
- **II Premio Santa Cristina del Somport (2014) a la trayectoria profesional de rescate en montaña:** Sargento Jesús Chaparro Salcedo, a título póstumo.

XV Congreso SEMAM: del 5 al 8 de mayo de 2016 en Granada

www.semamweb.com