

SER MÉDICO...

## En la tragedia terrorista del 11-M en Madrid

### In the 11-M terrorist tragedy in Madrid

#### Introducción

El 11 de marzo de 2004, Madrid vivió el mayor atentado terrorista de su historia. En aquel momento yo ocupaba la Dirección Médica del Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA 112). Como servicio de urgencias y emergencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid, nos correspondió coordinar y gestionar los recursos disponibles y la asistencia y estabilización inicial de las víctimas.

Ese día y los siguientes constituyeron una experiencia imborrable, tanto profesional como humana. Durante esos días el conjunto de un servicio ofreció lo mejor de sí mismo.

El artículo publicado en 2007 en el *European Journal of Emergency Medicine*<sup>1</sup> describe los hechos que se sucedieron tras las explosiones de las bombas, las actividades realizadas SUMMA 112 durante ese día y los siguientes y analiza la respuesta sanitaria extrahospitalaria, con una reflexión sobre lo que se hizo bien, los aspectos que necesitaban mejorarse y sobre las principales conclusiones y lecciones aprendidas. Esta vivencia también supuso una intensa experiencia humana, con aspectos que junto a la descripción de lo que fue sucediendo, trataré de plasmar aquí.

Además del reconocimiento y cariño que guardo hacia todos los profesionales que ese día y los siguientes estuvieron trabajando en el servicio desde los diferentes puestos de la organización, quiero, de manera muy especial, dedicar estas líneas para reconocer el trabajo del hombre que el 11 de marzo de 2004 estaba a cargo del SUMMA 112, su Gerente, el Dr. José Mayol Canas (fig. 1).

#### Magnitud de la tragedia

Trece bombas, 10 explosiones en 4 puntos diferentes y distantes de la red ferroviaria, 191 muertos, 2.062 heridos trasladados a los hospitales.

Estas son algunas cifras de la tragedia, la mayor a la que en su historia se ha tenido que enfrentar el Sistema Sanitario de Madrid, sin precedentes tanto en España como en el resto de Europa.

Ante estos hechos, la colaboración de todos y la rápida puesta en marcha de la atención sanitaria produjo un resultado sorprendente: El SUMMA 112, en sus primeros registros, contabilizó la asistencia directa a 593 heridos, colaborando en el selección y estabilización inicial de otros muchos. De éstos, 21 pacientes se hallaron en estado crítico. Fueron trasladados por las unidades móviles de emergencias. Otros 200 heridos fueron evacuados en ambulancias. Los médicos, enfermeros y técnicos de los vehículos de intervención rápida realizaron 64 atenciones y los médicos de atención domiciliaria urgente, 118. Sin que llegaran a ser trasladadas, 250 víctimas fueron atendidas en los diferentes puntos de la tragedia.

Tras la catástrofe, cerca de 1.200 personas recibieron apoyo psicológico desde el centro coordinador de llamadas (el lugar donde yo me encontraba). Alrededor de 500 personas adicionales fueron atendidas durante el proceso de reconocimiento de los cadáveres y en los tanatorios.

#### Recursos y organización

A las 7:38 horas se recibe la primera llamada procedente del 112. Hace referencia a una explosión en la estación de Atocha. Coincidiendo con esta llamada se reciben otras llamadas. Todas alertan de otras explosiones en puntos distintos al referido en la llamada inicial. Se trata de cuatro explosiones diferentes, en cuatro puntos de la red ferroviaria de Madrid capital: Atocha, Téllez, Santa Eugenia y Pozo del Tío Raimundo (fig. 2).

Estas llamadas coinciden con el cambio de guardia, con lo que la plantilla, tanto en el servicio coordinador de urgencias como en las unidades móviles de emergencias, estaba doblada. Los vehículos de intervención rápida ya estaban operativos y se dio la circunstancia de que se encontraban todos próximos a la estación de Atocha, donde se concentró el mayor número de heridos. Las unidades de atención domiciliaria, que trabajaban por la noche, todavía estaban de guardia.

Así pues, dentro de lo terrible, la hora en que se produjeron las explosiones permitió que pudiésemos contar con más

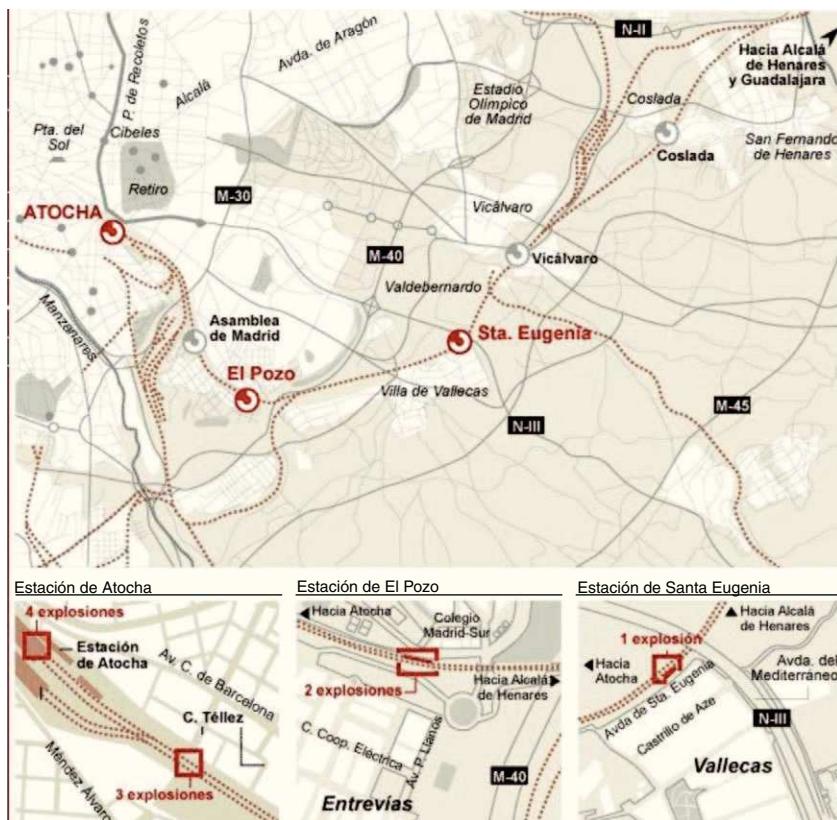


Figura 1 Localización de la explosión de las bombas en Madrid.

profesionales de los habituales, a los que se reclutó. También se contactó con los que no se encontraban de guardia, produciéndose muchas llamadas espontáneas para ofrecer los servicios necesarios. Hubo que difundir que no se desplazasen por su cuenta a los focos de las explosiones para responder de forma organizada y adecuada a la situación.

A la estación de Atocha se desplaza la jefe de guardia saliente (se desdobra la figura de jefe de guardia y otra médico coordinadora asume la jefatura de guardia en el centro coordinador de llamadas), el responsable de logística y el subdirector médico responsable del centro coordinador de llamadas para organizar in situ los dispositivos asistencia-

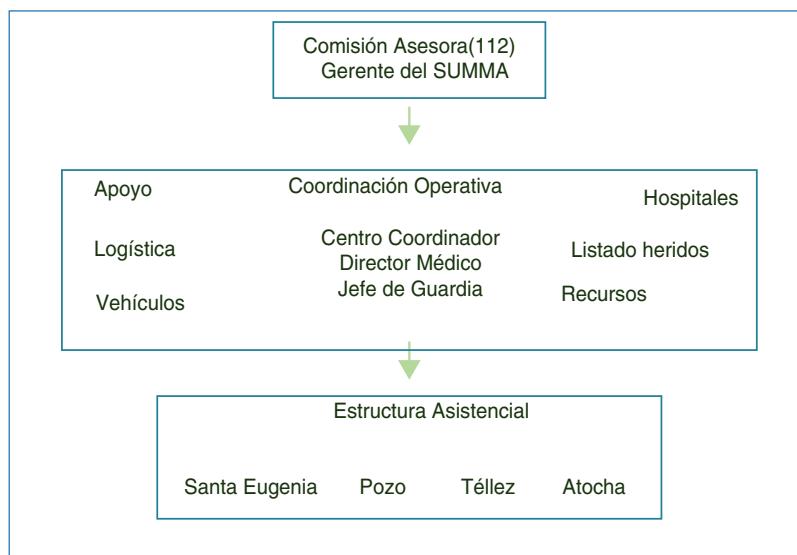


Figura 2 Estructura organizativa del SUMMA 112 en los atentados del 11 de marzo en Madrid, según el plan territorial de protección civil de la Comunidad de Madrid (PLATERCAM).



Figura 3 José Mayol Canas.

les y remitir datos para coordinar el traslado de víctimas a los distintos hospitales. Se envía al mismo lugar un vehículo con material sanitario y medicación. Las comunicaciones se realizaron por la red PMR y *trunking*, pues la telefonía móvil estaba inutilizada por los inhibidores de frecuencia colocados.

Simultáneamente, el centro coordinador de llamadas se mantiene en contacto con los profesionales que se encuentran en los otros tres focos y comunica con otros servicios sanitarios extrahospitalarios y con los hospitales para alertarles de la situación y recoger información sobre camas disponibles.

En torno a las 9:15 horas se decreta el nivel 3 del PLATER-CAM (Plan Territorial de Protección Civil de la Comunidad de Madrid) y se constituye el gabinete de crisis como comisión asesora del PLATERCAM, con participación del 112, SUMMA 112, bomberos del ayuntamiento, bomberos de la Comunidad, SAMUR, protección civil de la comunidad, delegación del Gobierno en Madrid y Cruz Roja. El gerente se desplaza al centro de emergencias 112, en Pozuelo de Alarcón, donde se sitúa dicho gabinete.

Yo, junto con la directora de enfermería, María Luisa Galiano y el director de gestión, Isidoro Cornejo, permanezco en el centro coordinador de llamadas, integrando la respuesta coordinada del servicio y manteniéndome en contacto con el gerente para intercambiar información sobre la situación. Mi papel junto al jefe de guardia fue constituir la cabeza de la cadena de mando de las operaciones (fig. 3).

Desde el centro coordinador de llamadas del SUMMA se remitieron los siguientes recursos a los 4 focos de la tragedia: 30 unidades soporte vital avanzado (27 propias, y 2 helicópteros sanitarios), 8 unidades soporte vital básico propias, 48 ambulancias del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), 32 unidades de soporte vital básico de la Cruz Roja, 20 unidades de soporte vital básico de protecciones civiles municipales, ambulancias municipales y privadas. Los recursos de SAMUR-Protección Civil, con su propia cadena de mando, se incorporaron en las actuaciones manteniéndose contacto continuo entre ambas centrales de comunicaciones.

En los focos las labores consistieron fundamentalmente en el selección primeros auxilios, valoración y estabilización de las víctimas y evacuación coordinada con otros dispositivos.

Comienza a organizarse un dispositivo de retén de profesionales y de material, y se analiza la situación de los hospitales para tener disponibles las unidades móviles de emergencias necesarias en caso de solicitud de traslados interhospitalarios. También se desplaza un médico, que realiza un recorrido por todos los hospitales a los que se habían derivado heridos.

En el centro coordinador de llamadas también permanecen el resto de los subdirectores médicos y de enfermería, para facilitar la ejecución de la respuesta integral del servicio.

La actividad era intensa: la preparación de medicación, material y vehículos, el registro de la situación de los hospitales en la pantalla del sistema de información, la recepción de llamadas desde muchas comunidades autónomas ofreciendo ayuda.

De forma periódica, en aquel entorno de máxima actividad, el gerente nos llamaba desde la sede del 112 y nos ofrecía información sobre la cifra creciente de fallecidos. Cuando no nos habíamos dado margen para pensar en lo que realmente estaba sucediendo, la petición de 100 bolsas para cadáveres nos sobrecogió. Y todavía no habíamos llegado a lo que sería la cifra final de fallecidos.

A los intervenientes en los focos de Atocha, y estando atendiendo a los heridos, se les desalojó, por amenaza de bomba, en varias ocasiones. A la tragedia ocurrida, se añadía ahora la preocupación por su seguridad.

Empezaron a llegar al centro coordinador de llamadas los profesionales que habían participado directamente en la atención a las víctimas, con frases y testimonios muy difíciles de olvidar: «No te puedes imaginar lo que he visto allí. Gente destrozada», «Los móviles no paraban de sonar en medio de los heridos y de los muertos».

Aunque la mayoría guardaba silencio y nos abrazaba. Y lloraba.

Contamos con la ayuda de los profesionales enviados por Castilla-La Mancha, cubriendo el dispositivo ordinario ante cualquier eventualidad que pudiera surgir en las áreas sanitarias descubiertas por la atención a la catástrofe. Castilla-León posicionó sus unidades móviles en lugares limítrofes con nuestra comunidad con el mismo fin. Cataluña y Galicia enviaron medicación y sangre. Las muestras de solidaridad no cesaban.

También contactamos con el banco de sangre y se enviaron enfermeros para colaborar en las extracciones en los distintos puntos habilitados para ello. Muchos profesionales, a su vez, donaron sangre. Continuamos esta tarea hasta que se recibió una llamada diciendo que las necesidades estaban cubiertas sobradamente y que podían colapsarse.

Ante el riesgo también de colapso, en nuestro caso de las líneas telefónicas, se canalizaron las llamadas de voluntarios, procediéndose a la elaboración de un listado de las personas y de la ayuda ofertada.

A las 10:17 horas todos los heridos estaban evacuados, es decir, 2 h y 39 min después de recibir la primera llamada de alerta.

Tras la catástrofe, el servicio inicia la vuelta a la normalidad: recuperación parcial del material (desfibriladores, maletines con material sanitario y medicación, etc., que en parte se tuvo que abandonar ante la amenaza de nuevas explosiones), pedidos urgentes a los proveedores sobre todo de fungibles y medicación (en ningún momento, ni durante

ni tras la catástrofe el servicio de farmacia quedó desabastecido y respondió a todas las necesidades) y organización del relevo de los profesionales intervinientes.

La actividad asistencial habitual del servicio no quedó interrumpida en ningún momento.

La jornada se prolongó durante los días siguientes para todos nosotros. La comida de ese día fue al lado de las aulas de docencia con un *catering* donado por una conocida cafetería-pastelería. Siempre recordaré las miradas de todos cuando llegó al lugar. Cansados, tristes, pero también satisfechos del trabajo realizado. Alguien se me acercó y me dijo: «Ven a comer algo». Un sentimiento de unión con todos los presentes me invadió en aquel momento. Éramos un equipo y habíamos cumplido con nuestro trabajo.

Fue en torno a las 19:00 horas cuando entró la primera llamada solicitando asistencia por un cuadro de ansiedad, en relación con el atentado. Esta llamada provocó una iniciativa sin precedentes: la atención psicológica desde el centro coordinador de llamadas a las personas afectadas por la tragedia. Se crearon dispositivos formados por psicólogo, enfermera y técnico, que realizaron visitas domiciliaria para resolver las situaciones necesarias. Se recibieron 957 llamadas; los psicólogos realizaron 1.488 llamadas de seguimiento y 183 visitas domiciliarias, todo ello en los primeros 10 días. Poco después se inicia la prestación de atención psicológica a los intervenientes en la catástrofe, ya que se detecta entre nuestros propios profesionales la necesidad de ayuda del mismo tipo. Inicialmente esta atención es coordinada con un grupo de expertos en emergencias del Colegio de Psicólogos de Madrid y posteriormente con el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

Se establecen también dispositivos preventivos en aquellos lugares en los que las víctimas, sus familiares, sus amigos o el resto de población de Madrid podían necesitar nuestra presencia (parque de exposiciones, tanatorios, cementerio de La Almudena, manifestaciones, funerales, etc.). Atendimos a unas 500 personas durante el proceso de reconocimiento de los cadáveres y en los tanatorios.

## Conclusiones

Los atentados del 11 de marzo en Madrid precisaron la asistencia en cuatro focos de forma simultánea. Algo que no tenía ningún precedente y que requirió adaptar toda la aplicación de los planes de emergencia.

De esta experiencia y de su análisis destacan como elementos claramente positivos el tiempo de evacuación de los heridos, la ausencia de muertes durante su traslado a los hospitales, la ausencia de víctimas entre el personal de emergencias, la ausencia de necesidad de transporte de pacientes críticos entre hospitales, el suministro por parte del servicio de farmacia de toda la medicación y material necesarios, la no interrupción de la asistencia ordinaria del servicio y la tasa de mortalidad crítica en función del tipo de catástrofe (17%). Todo ello refleja la eficacia del conjunto de la actuación sanitaria extrahospitalaria.

Entre las razones de estos aspectos positivos están, desde el punto de vista de los que vivimos y analizamos las actuaciones, la elevada disponibilidad de recursos, la capacitación de los profesionales (los profesionales de los servicios de emergencias de Madrid están obligados a tener

una formación y capacitación específica), el rápido establecimiento de la cadena de mando en el centro coordinador de llamadas y la flexibilidad de los servicios que actuaron para adaptarse a una situación inesperada y cambiante.

Como aspectos que tras el análisis consideramos mejorables, identificamos las comunicaciones, la necesidad de protocolos de actuación conjunta con otras instituciones, el establecimiento de la cadena de mando en los lugares de atención, el abastecimiento de material sanitario para asistencia en catástrofes y el *overtriage*.

Es necesario aprender de estas experiencias y estar preparados ante la posibilidad de que una situación similar se pueda repetir. En concreto, consideramos preciso lo siguiente:

- Desarrollar planes de actuación para distintos tipos de riesgo. Del mismo modo, es necesario un plan que establezca la actuación del grupo sanitario.
- Mejora continua en la capacitación del personal.
- Disponibilidad inmediata de material específico.
- Mejoras de las comunicaciones.
- La preparación de todo el sistema sanitario para la actuación en caso de catástrofe.

Ninguna de estas reflexiones y recomendaciones son nuevas, pero su importancia radica en que emergen de una experiencia real.

En definitiva, la enseñanza es que se trata de aprender de lo vivido, pero no sólo los que lo vivimos más o menos directamente, sino todos los que en cualquier momento pueden enfrentarse a una situación semejante.

Este aprendizaje debe ser sistemático y riguroso y de él debe arrancar una planificación que origine inversiones específicas y cambios organizativos apropiados, sin perder ni un ápice de la flexibilidad de la que el sistema sanitario madrileño hizo gala el pasado 11 de marzo de 2004.

De hecho, sabemos que estas y otras enseñanzas han sido de utilidad para otros servicios de urgencias y emergencias.

Por último, deseo compartir en este testimonio el hecho de que todos los que vivimos aquella terrible experiencia hemos quedado marcados en lo profesional y en lo personal de una forma definitiva. Había que recuperar la normalidad pero costaba hacerlo. Había que aprender de nuestras reacciones, de nuestros sentimientos, de nuestras emociones. Había que seguir adelante.

## In memoriam

José Mayol Canas (fig. 3) era el gerente del SUMMA112 el 11 de marzo de 2004 y, por tanto, el máximo responsable de la respuesta que el servicio dio aquel día.

Era un hombre respetado y querido por todos. Por su tesón, su profesionalidad, su sentido de la responsabilidad y, sobre todo, por su bondad y cercanía. Estos valores los conservó durante toda su carrera profesional, primero como neumólogo y luego como gestor en diferentes puestos de responsabilidad en la Comunidad de Madrid. Es mi deseo que este artículo sirva como modesto homenaje a su trayectoria y a su persona.

**Bibliografía**

1. Miquel Gómez A, Jiménez Domínguez C, Ibarguren Pedrueza C, Ruiz Calvente R, Martín Lillo V, Mayol Canas J. Management and analysis of out-of-hospital health-related responses to simultaneous railway explosions in Madrid, Spain. *Eur J Emerg Med.* 2007;14:247–55.

A. Miquel

*Subdirectora de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud**Correo electrónico:* [ana.miquel@salud.madrid.org](mailto:ana.miquel@salud.madrid.org).