

RESUMEN DE REGLAMENTACION SERVICIOS MEDICOS

Anexo "H"

AL CODIGO DEPORTIVO INTERNACIONAL

RECOMENDACIONES RELATIVAS A LA VIGILANCIA DE LA PISTA Y A LOS SERVICIOS DE INTERVENCION

CAPÍTULO 1.- OBJETIVOS

Aunque las recomendaciones de este Anexo se aplican particularmente a las carreras en circuitos, igualmente se entenderán incluidas las de las otras disciplinas (rallyes, carreras en cuesta y pruebas de dragsters). Este anexo definirá los objetivos y la organización de la vigilancia de la pista y de los servicios de intervención, estableciendo las reglas a seguir para alcanzar dichos objetivos.

La vigilancia de la pista está destinada a asegurar las condiciones de seguridad durante el desarrollo de toda prueba. Los servicios de intervención se esforzarán en prestar una ayuda especializada cuando sea necesario. Todos estos medios estarán en todo momento bajo el control final del Director de Carrera. Las personas que trabajen en la pista (es decir, Comisarios de Pista, Médicos, Asistentes Médicos(Paramédicos), Comisarios de Boxes (garajes), Bomberos, etc.), deberán ser fácilmente identificables en función de su cometido; la manera de identificarlos debe estar especificada en el manual de operaciones de cada prueba.

Las recomendaciones referentes a los efectivos necesarios para el control de la pista, y para las intervenciones en caso de accidente, deberán respetarse durante toda la prueba. Si esto resultase imposible en días determinados (por ejemplo en días laborables), el programa de las pruebas deberá revisarse con el fin de asegurar la presencia de efectivos suficientes para que se desarrollen de manera segura.

1. ORGANIZACIÓN GENERAL.

El Director de Carrera deberá designar un adjunto que estará encargado de organizar y dirigir la vigilancia de la pista y los servicios de intervención. Este adjunto, ostentará el título de Responsable de Seguridad, y dará cuenta directamente al Director de Carrera; el Director de Carrera Adjunto podrá ejercer esta función de Responsable de Seguridad.

Para cada prueba, se establecerá un plan conjunto fundado en las exigencias de este reglamento. Este plan deberá ser aprobado por el Director de Carrera, y deberá utilizarse para regular todas las operaciones que a continuación se describen. Este último o su adjunto controlará su ejecución durante la prueba.

El plan se referirá al establecimiento de:

- de la dirección de carrera (ver art. 2)
- de los puestos de vigilancia (ver art. 3)
- de los servicios médicos y de lucha contra incendios, y los vehículos de intervención necesarios (art. 7, 8, 9 y 10)
- otras intervenciones y los vehículos necesarios (ver art. 11)
- la seguridad del público y las medidas de seguridad;

y designará al jefe de cada servicio, que será directamente responsable ante el Director de Carrera o su adjunto.

Además, deberá establecerse un plan de seguridad de extrema urgencia en caso de un gran desastre que sobrepase los incidentes normales previstos.



CAPÍTULO 2.- VIGILANCIA DE LA PISTA.

7. VEHÍCULOS DE INTERVENCIÓN.

7.1. Definición.

Los vehículos de intervención constituyen un elemento esencial del equipo de urgencia de un circuito, y sus miembros efectuarán las intervenciones especializadas que pudieran ser necesarias en caso de cualquier accidente acaecido en la pista o en la zona de boxes y de "paddock".

7.2. Funciones de intervención.

- a) **Lucha contra incendios.** Cumplir el fin de la segunda intervención con los medios para controlar completamente el incendio.
- b) **Médico.** Poder asegurar la reanimación y estabilización de un piloto herido.
- c) **Rescate.** Disponer de los medios y equipos necesarios para el rescate de un piloto de un vehículo accidentado.
- d) **Extracción.** (Obligatoria para ciertas pruebas, ver art. 9.1.) Poder extraer de su vehículo a un piloto herido, en condiciones de inmovilidad de su columna vertebral.

Corresponderá a la ADN y a los responsables del circuito la designación de estos vehículos para una sola función, o para una combinación de estas funciones, siempre con la condición de que los vehículos en cuestión puedan alcanzar cualquier lugar del circuito en los plazos apropiados, y que tengan a bordo el personal apropiado y el equipo especificado en el punto 8.3.1. para la lucha contra incendios, en el 9.4. para los socorros médicos, y/o en el 10.2 para el rescate.

Se entiende esencial hacer seguir a los participantes durante la primera vuelta de una carrera por un vehículo médico, lo que podrán hacer igualmente vehículos de lucha contra incendios/rescate suficientemente rápidos.

Si la velocidad de estos vehículos, o la longitud del circuito, les impidiese, por razones prácticas, dar una vuelta completa, deberán seguir a los participantes durante tanto tiempo como se considere conveniente y después volver a sus puestos.

9. SERVICIOS MÉDICOS.

Generalidades:

Los servicios médicos deberán ser conformes a las prescripciones descritas en el presente capítulo. Para cada país afectado, deberán responder a las disposiciones legales en vigor. Estas prescripciones se aplicarán a todas las pruebas internacionales. No se aplicarán a los entrenamientos privados, que son objeto de una recomendación particular (ver 9.3.).

Para todo Campeonato FIA podrá ser previsto un Delegado Médico FIA.

Las informaciones médico-técnicas y las instrucciones prácticas indispensables están reflejadas en el punto 9.4. y en una tabla recapitulativa al final del presente capítulo.

9.1. Principales elementos de los servicios médicos para todas las pruebas en circuitos.

- Un Médico Jefe: nombrado por su ADN y bajo la autoridad del Director de Carrera. Su nombre deberá figurar en el reglamento particular de la prueba.

El Médico Jefe tendrá la autoridad sobre la contratación, la ubicación, el funcionamiento, el desarrollo de los socorros y sobre las evacuaciones. En consecuencia, todo el personal médico y paramédico, incluso cuando esté contratado directa o indirectamente por la ADN, estarán sometidos a sus decisiones. Salvo caso excepcional, durante el desarrollo de una prueba y los entrenamientos que la preceden, el Médico Jefe permanecerá en la Dirección de Carrera. Podrá ser reemplazado momentáneamente por un adjunto cuyo nombre deberá figurar en el reglamento particular de la prueba en cuestión. En todos los casos, deberá estar localizable. Finalmente, los organizadores deberán suministrarle todos los medios materiales y administrativos necesarios para el desarrollo de su misión.

PARA EL CAMPEONATO DEL MUNDO DE FORMULA UNO DE LA FIA, EL CAMPEONATO INTERNACIONAL DE FORMULA 3000 DE LA FIA, EL CAMPEONATO GT DE LA FIA Y EL CAMPEONATO



Seminario 2003

DE AUTOMÓVILES DE SPORT DE LA FIA, el nombramiento del Médico Jefe deberá estar sometido anualmente a la opinión conjunta de:

- El Delegado Médico permanente de la FIA.
- El Inspector Médico permanente de la FIA.
- El Secretario General de la FIA.

Cuando se trate de una primera candidatura, concerniente a uno de los campeonatos que se acaban de mencionar, deberá ser acompañada:

- de un currículum vitae profesional.
- de un currículum vitae deportivo automovilístico, mencionando las funciones y las responsabilidades anteriores en este deporte.

Estos últimos deben comprender, al menos, la función de Médico Jefe en una prueba internacional de la FIA, o la de Médico Jefe Adjunto en una carrera del campeonato del Mundo de Fórmula Uno de la FIA.

Las candidaturas deberán ser presentadas por la ADN interesada, con el visto bueno de su representante en la Comisión Médica de la FIA (en su caso). El primer año deberá considerarse de prueba. En todos los casos, la asistencia a los seminarios médicos de la FIA es obligatoria.

El Médico Jefe tendrá la autoridad sobre la contratación, la ubicación, el funcionamiento, el desarrollo de los socorros y sobre las evacuaciones. En consecuencia, todo el personal médico y paramédico, incluso cuando esté contratado directa o indirectamente por la ADN, estarán sometidos a sus decisiones. Salvo caso excepcional, durante el desarrollo de una prueba y los entrenamientos que la preceden, el Médico Jefe permanecerá en la Dirección de Carrera. Podrá ser reemplazado momentáneamente por un adjunto cuyo nombre deberá figurar en el reglamento particular de la prueba en cuestión. En todos los casos, deberá estar localizable. Finalmente, los organizadores deberán suministrarle todos los medios materiales y administrativos necesarios para el desarrollo de su misión.

PARA LA PISTA:

- **Vehículos de intervención médica** (ver igualmente 9.4.): a prever en todos los casos y además adaptados al terreno. Su número estará determinado por la longitud y las dificultades del circuito. Deberán estar equipados para las urgencias circulatorias y respiratorias.

Salvo para las pruebas de autocross y rallycross, el, o uno de los vehículos de intervención médica, deberá ser capaz de seguir la primera vuelta de cada carrera. Para el Campeonato del Mundo de Formula Uno de la FIA, (y eventualmente el Campeonato Internacional de Formula 3000 de la FIA, el Campeonato GT de la FIA y el Campeonato de automóviles de Sport de la FIA), se tendrá previsto un vehículo denominado "vehículo médico FIA" capaz de seguir la primera vuelta; deberá tener cuatro puertas y capacidad para tres personas como mínimo. Se recomienda vivamente un arco de seguridad y cinturones de seguridad de arnés completo. El personal de un vehículo de intervención se compondrá:

- . de un médico cualificado en reanimación.
- . de un conductor cualificado.
- . eventualmente de un asistente médico (paramédico).

- El médico del vehículo de intervención médica destinado a seguir la primera vuelta, debe estar cualificado en reanimación, según las normas del país en cuestión, o en su caso, siguiendo normas de referencia. El piloto de este coche debe ser particularmente experimentado. En el vehículo médico FIA, además del médico designado por la FIA, deberá haber un médico cualificado en reanimación autorizado para ejercer en el país organizador. El piloto debe ser un profesional adecuado.

En las pruebas del Campeonato del Mundo de F1 de la FIA, deberán estar disponibles al menos cuatro vehículos de intervención médica, además del coche médico de la FIA.

- **Equipos de extracción** (ver igualmente 9.4.): su misión consiste en extraer de su vehículo a todo piloto accidentado incapaz de hacerlo sin ayuda exterior. Su número estará determinado por la longitud y las dificultades del trazado. Para el Campeonato del Mundo de Formula Uno de la FIA, el Campeonato Internacional de Formula 3000 de la FIA, el Campeonato GT de la FIA y el Campeonato de automóviles de Sport de la FIA, hará falta un mínimo de dos equipos (salvo derogación), tres para los circuitos que excedan de 6 kilómetros aproximadamente. Cada uno de ellos se compondrá de un número suficiente de personas, pudiendo formar parte de ellos uno o dos médicos.



Seminario 2003

De cualquier forma, sobre el terreno (cada equipo) estará acompañado y dirigido por un médico especialista en reanimación.

- **Unidad de reanimación** (ver igualmente 9.4.): Será necesaria en todos los casos, y deberá ser capaz de recibir, a la vez, los heridos necesitados de cuidados menores y aquellos necesitados de cuidados intensivos.

Puede tratarse: . de una estructura provisional.
. de un centro médico permanente.

Salvo derogación justificada, el centro médico permanente será necesario para las pruebas del Campeonato del Mundo de Formula Uno de la FIA, del Campeonato Internacional de Formula 3000 de la FIA, del Campeonato GT de la FIA y del Campeonato de automóviles de Sport de la FIA, y se aconseja fervientemente para todos los circuitos permanentes.

Previamente a la construcción o a la modificación de un centro médico destinado al Campeonato del Mundo de Formula Uno de la FIA, al Campeonato Internacional de Formula 3000 de la FIA, al Campeonato GT de la FIA y al Campeonato de automóviles de Sport de la FIA, los planos deberán ser aprobados por la FIA. Una inspección médica previa, deberá preceder a su puesta en servicio.

El equipo médico del centro, sea permanente o no, deberá componerse, con ocasión de las pruebas del Campeonato del Mundo de Formula Uno de la FIA, del Campeonato Internacional de Formula 3000 de la FIA, del Campeonato GT de la FIA y del Campeonato de automóviles de Sport de la FIA, de, al menos, dos médicos especialistas en reanimación, y al menos, de dos cirujanos especialistas en columna vertebral (neurocirugía) y traumatología. Uno de estos cuatro especialistas deberá ser competente en primeros auxilios de grandes quemados.

En los demás casos, y tanto si el centro es provisional como si es permanente, se requiere la presencia de un médico especialista en reanimación, el equipo multidisciplinar descrito mas arriba es aconsejable.

- **Médicos de "a pie"**: Los médicos o asistentes médicos (paramédicos) de "a pie" pueden estar previstos por el Médico Jefe de la prueba, y situados en diferentes puestos de observación del circuito. Para el Campeonato del Mundo de Formula Uno de la FIA, el Campeonato Internacional de Formula 3000 de la FIA, el Campeonato GT de la FIA y el Campeonato de automóviles de Sport de la FIA, serán necesarios en el pit lane, y cada equipo estará compuesto de un médico y un asistente médico (paramédico).

- **Monos ignífugos** médicos reglamentarios para el Campeonato del Mundo de Formula Uno de la FIA, el Campeonato Internacional de Formula 3000 de la FIA, el Campeonato GT de la FIA y el Campeonato de automóviles de Sport de la FIA. Estos monos ignífugos serán necesarios para todos los médicos y asistentes médicos (paramédicos) que intervengan en la pista, (excepto los de las ambulancias). Se aconsejan para el resto de disciplinas.

- Dispositivo de **transporte interior y exterior**: en todos los casos, habrá ambulancias conformes con la legislación del país en cuestión, con o sin médico a bordo. Su número (comprendidas las de reserva) deberá ser determinado en función de la longitud y de las dificultades del circuito. Al menos una de ellas se encargará de las evacuaciones exteriores.

Para el Campeonato del Mundo de Formula Uno de la FIA, el Campeonato Internacional de Formula 3000 de la FIA, el Campeonato GT de la FIA y el Campeonato de automóviles de Sport de la FIA, deberá estar previsto un helicóptero medicalizado. Deberá estar conforme con las normas exigidas por la autoridad aeronáutica del país en cuestión. Este helicóptero deberá estar presente con una hora, al menos, de antelación y durante todo el transcurso de cada una de las sesiones de entrenamientos y de la carrera. Una sesión de entrenamientos o la carrera interrumpida por cualquier razón, no podrá ser reemprendida sin la presencia de un helicóptero. Si durante el desarrollo de los entrenamientos o de la carrera se procediera a una evacuación por helicóptero, se efectuará una RAPIDA sustitución para permitir la continuación de los entrenamientos o de la carrera.

La "fuerza mayor" solo puede ser invocada para justificar la ausencia de helicóptero, si el envío de un herido hasta el establecimiento hospitalario que disponga de los requisitos técnicos requeridos, puede hacerse en ambulancia equipada para cuidados intensivos. La duración de este viaje debe ser estimada como aceptable por el Médico Jefe y por el Delegado Médico de la FIA.

En circunstancias excepcionales, la Comisión Médica FIA puede dispensar a un circuito de la presencia de un helicóptero "in situ", si la situación particular del circuito lo permite.



Cualquier a que sea el tipo de evacuación, terrestre o aérea, todo herido cuyo estado requiera cuidados intensivos, deberá ser acompañado hasta el hospital por un médico especialista en reanimación.

- **Medios de comunicación:** todos los elementos que componen el servicio médico (vehículo de intervención, extracción, ambulancias, médicos de a pie, helicóptero y centro médico), deberán poder comunicarse entre ellos a través de una red preferiblemente exclusiva para el servicio médico.

- **Formalidades administrativas:** en todos los casos, será necesaria una toma de contacto con las autoridades locales, o en su defecto con una organización privada para prever un plan de actuación en caso de accidente masivo o reiterado, que desborden la capacidad del servicio médico "in situ".

Para el Campeonato del Mundo de Formula Uno de la FIA, el Campeonato Internacional de Formula 3000 de la FIA, el Campeonato GT de la FIA y el Campeonato de automóviles de Sport de la FIA:

- a.) envío a la FIA, bajo responsabilidad de la ADN, del cuestionario médico. Plazo de envío: como máximo, dos meses antes de la fecha de la prueba.
- b.) redacción de un plan de socorro médico describiendo los medios y lugares de colocación de las asistencias, las instrucciones en caso de accidente, y las evacuaciones exteriores.
- c.) todo cambio del hospital de destino, dentro del plazo de dos meses anterior a una prueba, está prohibido y podrá ser motivo de sanción.
- d.) al menos quince días antes de la celebración de la carrera, el Médico Jefe advertirá por escrito a los hospitales elegidos. Se requiere una respuesta escrita, precisando el compromiso de presencia de un responsable en traumatología, urgencia abdominal y urgencia vascular.

En todos los demás casos, el contenido de los apartados "b" y "d" es aconsejable.

- Un **ejercicio de seguridad** será obligatorio para el Campeonato del Mundo de Formula Uno de la FIA, el Campeonato Internacional de Formula 3000 de la FIA, el Campeonato GT de la FIA y el Campeonato de automóviles de Sport de la FIA. Se aconseja para los demás casos. Los equipos de extracción deben participar en él.

PARA EL PÚBLICO:

- Un servicio médico diferente y complementario del servicio de pista, conformado por cada ADN afectada de acuerdo a la legislación en vigor. Si el servicio médico destinado al público está bajo una organización diferente del de la pista, estará siempre bajo la coordinación del Médico jefe de la prueba. Ningún vehículo destinado a este servicio podrá entrar en pista sin la autorización del Director de Carrera.

9.2. Principales elementos de los servicios médicos para las pruebas de rallyes, todo terreno, dragsters y carreras en montaña (referirse igualmente al capítulo 4, artículos 13, 14 y 15).

- Un **Médico Jefe:** estará bajo la autoridad del Director de Carrera y autorizado por su ADN. Su nombre deberá figurar en el reglamento particular de la prueba afectada.

Para el Campeonato del Mundo de Rallyes, debe estar admitido por la FIA, según el mismo procedimiento que el del Campeonato del Mundo de Formula Uno de la FIA, el Campeonato Internacional de Formula 3000 de la FIA, el Campeonato GT de la FIA y el Campeonato de automóviles de Sport de la FIA (ver 9.1.).

Para los rallyes pertenecientes a un Campeonato FIA deberá, salvo excepción, permanecer junto al Director de Carrera, y ser reemplazado en caso de ausencia. Se aconseja esta disposición en todos los otros casos descritos en el capítulo 9.1.

PARA EL RECORRIDO:

- Un **equipo de extracción:** será necesario para las carreras de dragsters, y a considerar para las carreras de montaña.

- **Médicos y paramédicos de "a pie":** a la discreción de los Médicos Jefes; a considerar para las carreras de montaña o de dragsters.

- **Vehículos de intervención médica:** serán necesarios en todos los casos y adaptados al terreno. Su número será determinado por la naturaleza, la longitud y la dificultad de la disciplina en cuestión.

. Carreras de montaña: 1 vehículo.

. Dragsters: 1 vehículo.

. Pruebas especiales de los rallyes de los Campeonatos FIA: como mínimo un vehículo para cada porción



Seminario 2003

de 15 kilómetros de la prueba especial; esta disposición es aconsejable para el resto de casos.

- . Rallyes todo terreno: el número de vehículos estará determinado por la longitud total de la etapa y por la del recorrido nocturno.

Estos vehículos de intervención deberán estar equipados, en todo caso, para atender a las urgencias respiratorias y cardiovasculares (ver 9.4.). El equipo se compondrá por, como mínimo, de un médico especialista en reanimación, de un conductor y de un paramédico (el conductor puede ser el médico o el paramédico). Para las pruebas especiales de los rallyes de los Campeonatos FIA, y excluyendo el vehículo de intervención médica que se encontrará en la salida, el médico podría ser reemplazado por un paramédico cuya cualificación para los actos médicos de reanimación cardiovascular, respiratoria y en la práctica de la intubación, esté refrendada por un diploma oficial del país en el cual ejerza, a condición de que el eventual herido sea controlado antes de cualquier evacuación hacia el hospital por un médico especialista en reanimación.

- Una **unidad de reanimación** será necesaria en cualquier caso; capaz de recibir a la vez, heridos necesitados de cuidados menores, y aquellos que precisaran de cuidados intensivos.

- . En forma de unidad móvil (ambulancia equipada a estos efectos)(ver 9.4.): 1 para las carreras en montaña, 1 para los dragsters, 1 para cada prueba especial de los rallyes de los Campeonatos FIA (es aconsejable en los demás casos).

- . En forma de módulo desmontable para el campamento de etapa de los rallyes todo terreno (ver 9.4.).

En cada unidad se deberá contar con un médico especialista en reanimación; para el campamento de los rallyes todo terreno son necesarios, asimismo: un cirujano, un radiólogo y dos paramédicos (ver 9.4.).

- **Dispositivo de transporte:** conforme a la legislación del país afectado, con o sin médico a bordo, su número se determinará por la longitud y las dificultades de la especialidad en cuestión.

- . Para las carreras de montaña: una ambulancia.

- . Para los dragsters: una ambulancia.

- . Para las pruebas especiales de los rallyes de Campeonatos FIA (aconsejable para el resto): una ambulancia en la salida (salvo si la de reanimación está allí estacionada) y, como mínimo, una cada quince kilómetros.

- . Para los rallyes todo terreno, los vehículos de intervención deberán estar equipados para transportar un herido.

- . Para las carreras del Campeonato de Europa FIA de montaña: un helicóptero en alerta.

- . Para los rallyes del campeonato del Mundo FIA, un helicóptero en stand by, cuando la duración de un transporte por carretera hasta el hospital se estime superior a 90 minutos.

- . Para los rallyes todo terreno, al menos, un helicóptero, provisto a la vez del material médico "helicóptero" y "vehículo de intervención médica" (ver 9.4.), un médico especialista en reanimación y un paramédico presentes a bordo.

Para todas las disciplinas, y para un herido, que durante su transporte necesitara cuidados intensivos, un médico especialista en reanimación. Ninguna carrera de montaña o de dragsters, ni ninguna prueba especial de los rallyes podrá comenzar o reanudarse, en caso de interrupción, en ausencia de un dispositivo médico mínimo.

Deberán estar previstos medios de reemplazo.

- **Medios de comunicación:** para todas las disciplinas, el Médico Jefe deberá poder comunicarse con todos los elementos de su sistema de socorro médico, bien sea por la red general o por una propia.

- **Formalidades administrativas:** en todos los casos, será necesaria una toma de contacto con las autoridades locales, o en su defecto con una organización privada para prever un plan de actuación en caso de accidente masivo o reiterado, que desborde la capacidad del servicio médico de la disciplina en cuestión.

Deberá realizarse un plan de socorro médico para cada prueba especial de un rallye puntuable para un Campeonato FIA, y para cada etapa cronometrada de rallyes todo terreno (recomendado para los demás rallyes) precisando los lugares de ubicación de los socorros, las instrucciones de intervención, los itinerarios de evacuación y los hospitales previstos y contactados

Para los rallyes del Campeonato del Mundo FIA, se realizará una toma de contacto, por escrito, solicitando el estado de alerta de los servicios de urgencia de los hospitales previstos, 16 días antes del rallye



tarde.

Para los rallyes todo terreno, deberá enviarse a la FIA un dossier completo del sistema de socorro, como muy tarde, tres semanas antes del inicio de las verificaciones.

PARA EL PUBLICO:

- Los servicios médicos para el público serán necesarios cuando existan recintos cerrados dirigidos por el organizador. Si el servicio destinado al público está dirigido por una organización diferente, estará siempre coordinado por el Médico Jefe.

9.3. Recomendaciones referentes a los entrenamientos privados en circuitos automovilísticos (ver igualmente el 16):

La FIA precisa que no es de su competencia la reglamentación de los entrenamientos privados, cuya organización debe estar definida por una relación contractual entre el usuario y el propietario del circuito.

Sin embargo, se deben precisar recomendaciones para la seguridad de los entrenamientos privados.

Se recomienda, para todo entrenamiento privado que comporte la noción de gran velocidad y que esté destinado a vehículos que deban, ulteriormente, participar en competiciones FIA, establecer con el propietario del circuito, o su representante, un protocolo mínimo de socorros médicos:

- Designación de un médico responsable de la organización de los socorros, este puede ser el Médico Jefe habitual del circuito, u otro médico en el que haya delegado sus funciones.
- Presencia de un equipo de extracción.
- Presencia de ambulancias de reanimación en número suficiente.
- La presencia de uno o varios médicos especializados en reanimación y de uno o varios vehículos de intervención médica.
- La presencia "in situ" de una estructura de reanimación.
- Alerta de los hospitales cercanos.
- Un medio de evacuación por carretera o aéreo, equipado para cuidados intensivos.
- Se aconseja vivamente a los diferentes equipos que suscriban un contrato con los circuitos precisando los puntos anteriormente citados.

9.4. Informaciones medico-técnicas y consignas prácticas:

- **Organización de las intervenciones médicas:** en el lugar de un accidente, la organización y la dirección de la intervención médica están aseguradas únicamente por el médico designado a estos efectos por el organizador.

- Vehículos médicos de intervención (o de intervención médica): para todas las disciplinas en pista, carretera y todo terreno, los vehículos de intervención tienen por misión, en caso de accidente, hacer llegar al lugar del suceso, un médico especialista en reanimación en el menor tiempo posible. Pueden ser de uso médico únicamente (solución mejor para los circuitos) o de uso médico mixto (con material de extracción y/o antifuego). Pueden estar equipados para el transporte de un herido (rallyes todo terreno), siempre que uno de ellos (y solo para circuitos) sea lo suficientemente rápido para seguir la primera vuelta de cada carrera, y si el eventual vehículo FIA responde a las especificaciones precisas (ver 9.1.), la potencia, el número de puertas o el equipamiento del habitáculo son libres. El arco de seguridad es siempre y en todo caso aconsejable. Es igualmente aconsejable el uso del casco, sobre todo en los circuitos, para todo el personal de a bordo. El vehículo deberá estar, ante todo, adaptado al terreno y al tipo de competición. Todo vehículo de intervención médica deberá estar equipado de un eficaz sistema de transmisión, emisor-receptor, y del material cuya lista, no limitativa, es la siguiente:

I./ Vía aérea:

- aspirador portátil (300 mm. Hg de presión).
- juego completo de sondas de aspiración mas una ventosa Yankauer.
- un ventilador auto-hinchable (tipo AMBU) con depósito de O2 y mascarilla.
- botella de O2 portátil con regulador y racores apropiados.
- tubos de Guedel de talla 3 (x2) y de talla 4 (x2).
- sondas nasofaríngeas de calibre 7 (x2).



Seminario 2003

- laringoscopio para adultos con baterías y bombillas de repuesto.
- sondas orales endotraqueales, con manguito y neumotapón, de talla 7 (x2), de talla 8 (x2), con racores apropiados y dispositivo hinchable.
- mini dispositivo de traqueotomía x2.

II./ Cervicales:

- collarín cervical rígido para adulto x 2.
- inmovilizador vertebral de un tipo aconsejado por la FIA (en ausencia de equipo de extracción).

III./ Asistencia circulatoria:

- instrumento de perfusión, canalización intravenosa para tomar vías de goteo IV (x4).
- aparato de transfusión IV (x4).
- catéteres IV talla 14 x 3/ talla 16 x 3.
- solución de coloides 2 litros (por ejemplo Hemacell).
- solución de cristaloides de goteo 2 litros (Ringer lactato).
- monitor cardíaco y pulsioxímetro, obligatorio en el vehículo médico FIA en el Campeonato del Mundo de Formula Uno de la FIA, el Campeonato Internacional de Formula 3000 de la FIA, el Campeonato GT de la FIA y el Campeonato de automóviles de Sport de la FIA; aconsejable para las demás disciplinas.
- desfibrilador: facultativo.
- tensiómetro (esfingomanómetro) + estetoscopio (fonendoscopio).

IV./ Vendas, paños y gasas:

- juego de vendas, paños y gasas, incluyendo 10 paños de campo quirúrgico de grandes dimensiones.
- envolturas, vendas y gasas para quemados (por ejemplo paquetes Water Gel).

V./ Medicamentos:

- medicamentos de reanimación utilizados en el país en cuestión.

A título indicativo y no limitativo, se aconsejan las sustancias siguientes:

- medicamentos para problemas respiratorios.
- medicamentos para problemas cardiovasculares.
- medicamentos analgésicos o espasmolíticos.
- medicamentos sedantes y antiepilépticos.
- esteroides.
- medicamentos para intubación y anestesia.

Esta lista no es limitativa y se deja a la apreciación de cada uno.

A título de ejemplo:

Medicamentos IV:

- atropina.
- midazolam.
- hypnomidate.
- ketamina.
- succinilcolina.
- metoclopramida.
- prednisona.
- epinefrina.
- tramadol.
- diazepam.



Atomizador:

- terbutalina.
- nitroglicerina.

Fluidos IV:

- Ringer lactate.

VI./ Varios:

- tijeras, u otros instrumentos para cortar el arnés y el mono ignífugo.
- manta de supervivencia.
- pieza de tejido negro, tipo fotógrafo, que permita la correcta intubación a la luz del día (aconsejable).
- guantes esterilizados y no esterilizados
- para los rallyes
- para los rallyes todo terreno, un inmovilizador vertebral y collarines cervicales.

Equipos de extracción: el número habitual de sus componentes es de seis, está formado por bomberos, comisarios de pista, socorristas, paramédicos; uno o dos médicos pueden formar parte de ellos. Es indispensable un entrenamiento regular.

Equipamiento individual requerido:

- mono ignífugo con la mención "extraction".
- calzado apropiado.
- guantes y tijeras o cuchillo.

Equipamiento colectivo requerido:

- inmovilizador vertebral para extracción de un tipo aconsejado por la FIA.
- un juego de collarines cervicales.
- una plancha de extracción.
- una manta ignífuga (recomendado).

Salvo casos excepcionales, se usará un solo vehículo para el conjunto del equipo, tipo mono-volumen de 6 a 8 plazas. Los vehículos de tipo furgón no son recomendables en general, y deberán ser evitados para el Campeonato del Mundo de Formula Uno de la FIA, el Campeonato Internacional de Formula 3000 de la FIA, el Campeonato GT de la FIA y el Campeonato de automóviles de Sport de la FIA.

La unidad de reanimación debe contar, como mínimo, con el siguiente material:

- Fonendoscopio (estetoscopio).
- Otoscopio.
- Esfingomanómetro.
- Ventilador respirador manual (tipo AMBU).
- Ventilador respirador automático (mecánico).
- Reserva de oxígeno.
- Aspirador.
- Colchón inmovilizador (de depresión).
- Caja para intubación.
- Caja para traqueotomía.
- Caja con instrumental quirúrgico estéril y pinzas hemostáticas.
- Paños estériles para grandes quemados.
- Material para perfusión intravenosa central y periférica.
- Equipo para drenaje torácico de emergencia.
- Medicamentos de primeros auxilios.
- Diversas soluciones para perfusión, en particular soluciones de grandes moléculas (expansores de plasma).



Seminario 2003

- Desfibrilador.
- Aparato para el control de la función cardiaca (y eventualmente para la transmisión a distancia de los datos tomados).
- Dispositivo neumático para reducción y contención de fracturas.
- Collarín cervical.

Material desechable:

- sondas de intubación
- sondas para oxígeno
- sondas gástricas
- sondas vesicales
- sondas para drenaje torácico
- material de sutura
- jeringuillas y agujas.

De forma opcional:

- Tractor cervical
- Dispositivo neumático antishock

- Además del material "unidad de reanimación", el campamento de los rallyes todo terreno debe disponer igualmente, cuando esté implantado en un país desértico y lejos de un hospital, de un equipo de radiografía y de ecografía.

El **centro médico permanente** debe, preferentemente, encontrarse en un lugar relativamente céntrico, pero aislado eficazmente, con acceso fácil desde la pista, con helipuerto contiguo. Deberá componerse, como mínimo de:

- una sala de curas (dos puestos).
- una sala de cuidados intensivos (dos puestos).
- una ducha (con tubo flexible y desagüe) estrictamente reservada al tratamiento de quemados.
- están previstos habitualmente: una oficina médica, una recepción, y servicios (WC).
- una sala con camas de recuperación o reposo, y una sala para el personal médico.
- agua corriente caliente y fría.
- temperatura e iluminación correctas.
- medios de comunicación interiores y exteriores al circuito.

La FIA puede facilitar el esquema de un centro a título de ejemplo.

- Para el Campeonato del Mundo de Formula Uno de la FIA, el Campeonato Internacional de Formula 3000 de la FIA, el Campeonato GT de la FIA y el Campeonato de automóviles de Sport de la FIA, y con independencia de que el centro médico sea permanente o provisional, la lista de material médico indicada mas arriba, debe ser doble necesariamente para permitir los cuidados intensivos sobre dos heridos a la vez.

Los monos de los médicos, deben preferentemente ser ignífugos, llevar la mención "DOCTOR" en la espalda y en el pecho. Son obligatorias para el Campeonato del Mundo de Formula Uno de la FIA, el Campeonato Internacional de Formula 3000 de la FIA, el Campeonato GT de la FIA y el Campeonato de automóviles de Sport de la FIA, y recomendables para los demás casos.

Helicóptero, como mínimo, preparar el helicóptero con una camilla que permita acostar un herido. Debe estar equipado con:

- un equipo de goteo.
- ventilación.
- aspiración.
- oxígeno.
- intubación.
- ECG/desfibrilador. Debe estar permanentemente en el aparato, o ser colocado en él, o



completado, en caso de una evacuación.

Recomendaciones para la puesta en marcha de las asistencias durante el curso de pruebas en pista (salvo rallycross y autocross):

Sobre el terreno:

- a.) Para los monoplazas, el piloto que tenga problemas para salir de su vehículo sin ayuda exterior, debe señalar, en la medida de lo posible, por medio de un simple gesto (por ejemplo levantando un brazo), y no deberá intentar salir por sus medios sino esperar la llegada de la ayuda especializada.
- b.) En todo caso, los comisarios de pista no deben extraer al piloto accidentado por sí mismos (salvo casos de fuerza mayor: incendio, peligro inmediato), sino asistirle hasta la llegada de la ayuda especializada.

Estas informaciones "a" y "b" deben darse a conocer al personal afectado (pilotos y comisarios) con ocasión de los briefing.

- c.) Los médicos, paramédicos, o en su defecto los comisarios de pista que estén en las inmediaciones del accidente, deben, en caso de evidentes dificultades del piloto afectado, informar de forma visual a la red de TV, levantando los brazos en forma de "V".

En la Dirección de Carrera:

- a.) Teniendo en cuenta los elementos de información de los que disponga, el Director de la Prueba (para el Campeonato del Mundo de Formula Uno de la FIA, el Campeonato Internacional de Formula 3000 de la FIA, el Campeonato GT de la FIA y el Campeonato de automóviles de Sport de la FIA) y el Director de Carrera en los demás casos, decidirá el método a seguir (ver aplicación práctica).
- b.) Las consecuencias prácticas de la decisión tomada deben ser instantáneamente coordinadas entre el Director de Carrera y el Médico Jefe conjuntamente.

El plan de puesta en marcha de auxilios debe ser cuidadosamente establecido con antelación; aconsejándose vivamente la creación de una tabla de correspondencia entre las pantallas de TV y los vehículos de intervención médica.

Debe organizarse un briefing del personal médico y paramédico antes de los primeros entrenamientos (obligatorio para el Campeonato del Mundo de Formula Uno de la FIA, el Campeonato Internacional de Formula 3000 de la FIA, el Campeonato GT de la FIA y el Campeonato de automóviles de Sport de la FIA).

- c.) La transmisión de órdenes a los equipos médicos y de extracción debe hacerse cuanto antes y sin intermediarios, y exclusivamente a través de las radios del Director de Carrera y del Médico Jefe.

Aplicación práctica:

El esquema de intervención a utilizar es el siguiente:

a.) Bandera roja:

Salida inmediata de los coches de intervención médica y de los equipos de extracción, sin que sea necesaria una confirmación por radio.

Sin embargo, el número total de vehículos médicos que entren en pista no será mayor de 9, preseleccionados por el Director de la Prueba o el Director de Carrera con el Médico Jefe. Intervendrán el coche de intervención médica y el de extracción que primero lleguen. Los otros, salvo accidente gravísimo o múltiple, volverán a sus puestos.

b.) Safety Car (cuando este sistema exista):

Exclusivamente por orden vía radio, saldrán los vehículos rápidos y de extracción que estén mas próximos al accidente.

c.) Cuando no exista Safety Car y no la bandera roja no haya sido mostrada, se enviarán, en su caso, los vehículos médicos bajo bandera blanca.

Nota: Para intervenciones cuando haya Safety Car, el coche médico FIA (cuando exista) saldrá igualmente a la pista tras la autorización de la Dirección de Carrera.

d.) Las ambulancias no se desplazarán nunca automáticamente, sino solamente bajo instrucciones dadas por radio. Los itinerarios: pista, vías interiores, vías de servicio, deberán ser conocidas y reconocidas.

Recomendaciones para la puesta en marcha de las asistencias durante el curso de pruebas de



rallycross y autocross:

Sobre el terreno:

Los comisarios de pista no deben extraer por sí mismos a un piloto accidentado, sino solamente asistirlo esperando a que llegue la ayuda especializada. Los pilotos y los comisarios han de estar informados.

Aplicación práctica:

El Director de carrera, tras información o visualización de los hechos, pondrá en marcha el procedimiento de socorro bajo bandera roja. El vehículo de intervención y/o la ambulancia, así como el equipo de extracción se trasladarán también al lugar del suceso.

Recomendaciones para la puesta en marcha de las asistencias durante el curso de pruebas en carretera:

Todo socorro que necesite el desplazamiento de un vehículo médico se pondrá en marcha bajo orden individual dada por el Médico Jefe, tras acuerdo con el Director de Carrera, o para los rallyes, con el Director de la Prueba Especial. Toda evacuación, terrestre o aérea, se hará por itinerarios predeterminados, hacia los hospitales previstos, deberá obtenerse previamente la autorización del Director de Carrera (o la del Director de la Prueba Especial para los rallyes).

Recomendaciones para la puesta en marcha de las asistencias durante el curso de pruebas de rallyes todo terreno:

El Médico Jefe, que se trasladará lo más a menudo posible en helicóptero, en caso de accidente, recibirá las informaciones transmitidas por los equipos de vigilancia o por un coche de intervención médica, y tomará las decisiones que sean menester.

Deberán preverse medios de enlace suficientemente operativos entre los diferentes elementos del servicio médico, el Médico Jefe y la Dirección de Carrera.

El Médico Jefe deberá, igualmente, organizar el transporte al hospital local previsto para cada etapa, o hacia el campamento médico. También organizará los transportes secundarios hacia el país de origen del herido.

Para los rallyes todo terreno, a falta de una inspección médica, los observadores designados por la FIA estarán habilitados para verificar la aplicación del presente reglamento y para obtener la confirmación escrita del Médico Jefe de la prueba.

10. SERVICIO DE RESCATE.

10.1. Objetivos.

El servicio de rescate debe suministrar el personal y el material para extraer a toda persona que se encuentre atrapada como consecuencia de un accidente sobrevenido en la pista.

Las primeras operaciones de socorro serán efectuadas normalmente por los comisarios del puesto de observación más próximo, como se describe en el punto 6.2.1..

Sin embargo, dado lo limitado de su material, será necesario utilizar en caso de accidente grave a vehículos especializados, equipados según las indicaciones mencionadas mas abajo. Estos vehículos podrán desempeñar funciones diferentes como las descritas en el párrafo 7.2. y deberán intervenir en los 90 segundos siguientes al accidente.

10.2. Asistencia técnica.

Si en caso de accidente un piloto se encontrase bloqueado dentro de su vehículo, los servicios de socorro pueden eventualmente pedir consejo a un ingeniero del equipo en cuestión. Llegado el caso, el Director de este equipo deberá presentarse en Dirección de Carrera espontáneamente, a menos que haya sido llamado antes personalmente.

Si la asistencia técnica del equipo afectado se juzga necesaria por el Director de Carrera, este último le hará acompañar hasta el lugar del accidente, y le pondrá en contacto con el responsable in situ de la organización del socorro. Cualquier otra intervención en la pista está estrictamente limitada a los servicios de socorro y a los oficiales de la prueba en cuestión.

10.3. Material de rescate.

Los vehículos de intervención destinados a acometer el rescate de personas de los vehículos dañados, deberán tener a bordo, al menos, el equipo siguiente:



Equipo de corte:

- Una cizalla en frío.
- Una cizalla neumática.
- Una sierra de aire comprimido en cantidad suficiente para un corte de una duración de 20 minutos a presión máxima de 7 Kg. por cm².
- Hojas de sierra previstas para el corte de materiales compuestos reforzados por medio de fibra de vidrio, fibra de carbono o kevlar.
- Un cortador hidráulico ancho.

Equipo hidráulico:

- 1 equipo de socorro 8/10 toneladas, del tipo standard completo, suministrado por las sociedades Hurst, Tangy, etc. ... o equivalente.
- 1 separador ancho.
- 1 separador pequeño.
- 1 gato de 1 Tm.

Herramientas:

- Un cuchillo para cada miembro del equipo para la liberación rápida del piloto.
- Dos sierras para metal con hojas irrompibles.
- Un hacha pequeña.
- Dos pares de cizallas de chapa, una curvada y otra recta.
- Un par de cizallas para el corte de tejidos en aramida, en fibras de vidrio o en fibra de carbono.
- Un par de pinzas.
- Una palanca.
- Unas tijeras en frío de 3 cm.
- Una curvadora de tubos.
- Una cuerda de nylon de 5 m., de una resistencia máxima de 3 Tm.
- Una llave inglesa.
- Un juego de llaves (AF).
- Un juego de llaves (métricas).
- Un juego de llaves fijas y de estrella.
- Un juego de llaves Allen (métricas y AF).
- Dos martillos.
- Un martillo plano de 4 kg.
- Unos juegos de destornilladores planos y de estrella.
- Una linterna.

11. OTROS SERVICIOS.

Otros servicios que pueden ser necesarios, según las disposiciones del circuito, son los auxilios mecánicos para remolcar los vehículos a su box (garaje) y los equipos para reparar los guarda-raíles entre las pruebas o entre las sesiones de entrenamientos, las patrullas de seguridad para controlar a los espectadores y las grúas que permitan poner a los vehículos inmóviles fuera de peligro. En este último caso, un observador puede vigilar la operación directamente pero todas las demás intervenciones deberán tener lugar con la autorización del Director de Carrera.

Las grúas y auxilios mecánicos deberán poder elevar el peso de los vehículos con los depósitos llenos, por ejemplo:

Grupo A: 1.300 kg.



Seminario 2003

Sport-Prototipos: 1.000 kg.

Fórmula 1: 700 kg.

En el caso de incidentes relacionados con la seguridad y el control de los espectadores, el personal del puesto de observación debe cooperar con las autoridades tal y como se prevé en el plan de gran urgencia, informando a Dirección de Carrera todo incidente que se produzca (ver 3.5.) y permitiendo al servicio de seguridad utilizar todos los medios de comunicación disponibles en el puesto.



CAPÍTULO 4.- PRESCRIPCIONES SUPLEMENTARIAS.

12. RECOMENDACIONES PARA CARRERAS NOCTURNAS.

12.2. Personal de los puestos de vigilancia (ref. apartado 3.4.)

El personal de cada puesto aumentará de manera que permita períodos de descanso adecuados, con el fin de asegurar la continuidad del servicio, y todos los miembros del personal no deberán estar jamás de servicio al mismo tiempo.

12.6. Servicios médicos, de lucha contra incendios y de socorro.

Será necesario organizar el personal que está descrito en el párrafo 12.2. anterior.

13. AUTOCROSS Y RALLYCROSS.

13.4. Servicio Médico.

El servicio médico debe ser conforme a las normas establecidas para las carreras en circuito (artículo 9.1. y 9.4.), así como a las indicaciones suministradas en el cuadro recapitulativo que existe al final de este Anexo.

14. RECOMENDACIONES PARA LOS RALLYES.

Las previsiones que siguen deber ser respetadas, pero no tienen porqué aparecer necesariamente en el reglamento particular del rallye.

Se permite a cada organizador añadir elementos susceptibles de mejorar la seguridad del público y de los participantes.

Se llama la atención de los organizadores sobre las exigencias de los artículos 9.2. y 9.4.

14.1. Seguridad General.

14.1.1.) Plan de Seguridad.

- Deberá establecerse un plan de seguridad en el que conste:

14.1.1.1. El lugar donde se ha instalado el CG del rallye, (la Dirección de Carrera).

14.1.1.2. El nombre de los diferentes responsables:

- Director de Carrera.
- Directores de Carrera Adjuntos.
- Médico Jefe (que tendrá la aprobación de la FIA para las pruebas del Campeonato del Mundo, conforme al 9.2.).
- Responsable de la seguridad.
- Jefes de Seguridad (en cada prueba especial).

14.1.1.3. Las direcciones y teléfonos de los diferentes servicios de seguridad:

- Policía.
- Hospitales.
- Servicio Médico de Urgencia.
- Servicio contra incendios.
- Talleres mecánicos.
- Cruz Roja, o equivalente.

14.1.1.4. El itinerario completo, con los sectores de enlace detallados.



- 14.1.1.5. El plan de seguridad de cada prueba especial, que incluirá la lista de los oficiales principales, de los servicios de urgencia para cada prueba especial, números de teléfono etc., mas un plano detallado de la prueba especial.
- 14.1.1.6. El plan de seguridad deberá anticipar específicamente los problemas que puedan acaecer en cada uno de los siguientes aspectos:
 - a.) Seguridad del Público.
 - b.) Seguridad de los equipos participantes.
 - c.) Seguridad de los Oficiales de la Prueba.
- 14.1.1.7. Para, los rallyes del Campeonato del Mundo, la FIA, los Observadores y los Delegados de Seguridad y de Prensa de la FIA, recibirán un Plan de seguridad, al menos dos meses antes de la salida. Este plan incluirá el itinerario completo, incluidos los sectores de enlace. Cualquier comentario que la FIA crea oportuno realizar, será conocido en las dos semanas siguientes a la fecha de recepción del plan.

14.1.2.) **Responsable de Seguridad.-**

- 14.1.2.1. Se designará un Responsable de Seguridad en el reglamento del rallye. Formará parte del Comité de Organización y participará en la realización del plan de seguridad.
- 14.1.2.2. Durante el rallye, estará en contacto permanente con Dirección de Carrera, el Médico Jefe y con la salida de cada prueba especial (por teléfono o por radio).
- 14.1.2.3. Se encargará de la aplicación del plan de seguridad.

14.1.3.) **Jefe de Seguridad de Prueba Especial.**

- 14.1.3.1. El Responsable de Seguridad estará asistido en cada prueba especial por un Jefe de Seguridad.
- 14.1.3.2. El Jefe de Seguridad de Prueba Especial deberá efectuar la inspección de su prueba y verificar su conformidad con el plan de seguridad antes del paso del vehículo 0.

14.1.4.) **Control.-**

- 14.1.4.1. El control del cumplimiento del plan de seguridad estará bajo la responsabilidad del Director de Carrera.
- 14.1.4.2. En los rallyes de Campeonato de la FIA, el o los Observador/es pondrá/n una atención especial en los procedimientos de seguridad.

14.2. Seguridad del Público:

Una prioridad esencial del Plan de Seguridad es garantizar la seguridad del público que se encuentre en los alrededores, incluidos los espectadores. Con la posible excepción del 14.2.1., las medidas no limitativas que siguen deberían ser respetadas para todos los rallyes internacionales.

14.2.1.) **Película educativa** (recomendada para todas las pruebas).

- 14.2.1.1. Con forma de spot publicitario.
- 14.2.1.2. Duración de 30 segundos.
- 14.2.1.3. Comentada por uno o varios pilotos de notoriedad, en la o las lenguas que se hablen en el país donde vaya a celebrarse la prueba.
- 14.2.1.4. No mostrará ningún accidente.
- 14.2.1.5. Se difundirá en varias ocasiones.

14.2.2.) **Recomendaciones para las Pruebas Especiales**

- 14.2.2.1. La concepción de cada prueba especial deberá tener en cuenta las características específicas del público del país donde se celebre la prueba.
- 14.2.2.2. Se escogerá el lugar y el momento de la celebración de las pruebas especiales con el fin de dificultar los movimientos del público entre las mismas.
- 14.2.2.3. El reconocimiento del terreno por los equipos participantes se considera como un factor de seguridad.



14.2.2.4. El retraso o la anulación de una prueba especial por razones de seguridad no estará penalizado en el informe de los observadores (salvo si son debidos a problemas causados o no previstos correctamente por los organizadores).

14.2.2.5. Vehículos, denominados vehículos de información del recorrido, provistos de un altavoz, deberán recorrer las pruebas especiales, aproximadamente una hora antes del paso de los vehículos de apertura (vehículos 0), para advertir a los espectadores, y si es necesario, asegurar que los que ocupen lugares peligrosos los desalojen.

Este tipo de coche podrá sustituirse por un helicóptero equipado de altavoces. Si se considera necesario, esta operación se repetirá varias veces.

14.2.3.) **Control de los espectadores**

14.2.3.1. Los organizadores, con la ayuda de los servicios de orden público, si fuera necesario, deberán identificar y delimitar las zonas de riesgo con tiempo suficiente antes de la llegada del público. Toda zona de riesgo se identificará en el Plan de Seguridad. Cuando se espere un público numeroso en una prueba especial o súper especial, deberá estar protegido por equipos de seguridad especiales, tales como barreras de neumáticos, muros de balas de paja, etc.

14.2.3.2. Es necesario impedir que el público se desplace por el recorrido de una prueba especial cuando esté abierta a la competición, después del paso del coche 0, y antes del paso del último participante.

14.2.3.3. En el recorrido de la prueba especial y en todos los puntos de acceso, se distribuirán instrucciones de seguridad al público.

14.2.3.4. Comisarios de ruta o representantes de un servicio de orden público (policía, ejército) en número suficiente, deberán encontrarse presentes en la prueba especial para asegurar la seguridad del público. Los comisarios de ruta deberán llevar una vestimenta claramente identificable, con la mención SEGURIDAD.

14.2.4.) **Repostaje y Asistencia.**- Cuando se permita el acceso al público en las zonas en las que vayan a efectuarse repostajes o asistencias, los organizadores deberán asegurarse que se tomen precauciones suficientes para mantener al público a una distancia apropiada de actividades potencialmente peligrosas.

14.2.5.) **Informe de accidentes.**-

Si un piloto que participe en un rallye estuviese implicado en un accidente por el que resulte herido un espectador, el piloto afectado deberá señalarlo en el siguiente puesto de radio que esté especificado en el libro de ruta (road book) y señalado en el recorrido conforme al punto 4.3.3.3. siguiente. Si no observase esta regla, los comisarios deportivos podrán imponer al equipo responsable una penalización que puede llegar a la exclusión de la carrera.

Las leyes del país donde se celebre la prueba se deberán respetar igualmente en lo que respecta al procedimiento en caso de accidente (esta regla deberá insertarse en el reglamento de la prueba).

14.2.6.) **Investigaciones sobre accidentes.**-

Todo accidente que haya causado heridos graves o mortales, deberá constar en un informe a enviar a la Comisión de Rallyes FIA, con copia a la Comisión Médica FIA.

Este informe estará preparado por un comité constituido por un Comisario Deportivo nombrado por la ADN, un Comisario Técnico en Jefe, nombrado por la ADN, del Responsable de Seguridad, del Médico Jefe, y si es posible, del representante de un servicio de orden público, como por ejemplo, la policía. Este informe deberá llegar a la FIA, como muy tarde, treinta días después de la conclusión de la prueba, salvo imposibilidad debida a protocolos jurídicos u otros.

14.2.7.) **Coches "0" y coches escoba.**-

14.2.7.1. Los vehículos "0" de la organización (coches de apertura) deberán llevar un panel de 36x50 cm. sobre el capot delantero y las dos puertas delanteras, con la mención SEGURIDAD (o SAFETY) y el número 000, 00 ó 0. Al final del rallye, el coche escoba, deberá mostrar un panel de iguales dimensiones sobre el que figurará una bandera a cuadros.

14.2.7.2. Cada coche 0 debe estar equipado de un girofaro en el techo y de una sirena.



14.2.7.3. Los coches 0 no podrán estar conducidos por un piloto de primera prioridad de la FIA, ni por un piloto que se haya retirado del rallye.

14.2.7.4. Los pilotos y copilotos de los coches 0, deberán tener una gran experiencia en rallyes, y podrán dar al Director de Carrera informaciones y comentarios completos sobre las condiciones del recorrido.

14.2.8.) **Seguridad en los Sectores de Enlace.**

El itinerario y el horario deberán tener en cuenta los problemas de circulación y la travesía por zonas urbanizadas.

14.2.9.) **Información.-**

Se difundirá por diferentes medios una información destinada esencialmente al público:

- Prensa escrita, hablada y televisión.
- Anuncios y carteles.
- Distribución de folletos.
- Paso por el recorrido de un vehículo (el vehículo de información del recorrido), equipado de megafonía, informando a los espectadores (de 45 min. a 1 h. antes de la salida del primer participante).

14.3. Seguridad de los equipos participantes. -

14.3.1.) Servicios de Seguridad.-

14.3.1.1. En la salida de cada prueba especial:

De conformidad con lo dispuesto en los apartados 9.2. y 9.4.:

- Un vehículo de primera intervención médica.
- Un médico especialista en reanimación.
- Un auxiliar médico.
- Dos extintores de 4 Kg. con un operador formado.
- Material de comunicación adecuado para estar en contacto con el CG del rallye.

14.3.1.2. En puntos intermedios del recorrido de pruebas especiales largas (mayores de 15 Km.):

- Un vehículo de intervención médica.
- Un médico especialista en reanimación, o eventualmente, un auxiliar médico especialista en reanimación.
- Material de comunicación adecuado para estar en contacto con el CG del rallye.

14.3.1.3. En los puntos de Stop de cada prueba especial:

- Dos extintores de 4 Kg. como mínimo.

14.3.1.4. En el parque de asistencia o en un emplazamiento central situado a menos de 15 Km. por carretera de las pruebas afectadas, y en la salida de cada prueba especial, habrá:

- Una ambulancia con equipo normalizado conforme a la reglamentación del país afectado, y equipada para reanimación (ver 9.4.).
- Un camión grúa.
- Equipos de comunicación adecuados para estar en contacto con al CG del rallye.

Si el emplazamiento es el parque de asistencia, deberán duplicarse los vehículos citados, a fin de que si uno de ellos tiene que intervenir, quede el otro disponible.

14.3.1.5. Para los rallyes del Campeonato del Mundo, y recomendado para los demás, es obligatorio un helicóptero de socorro medicalizado, cuando el tiempo de transporte por carretera entre el punto mas alejado de la prueba y el hospital sea superior a una hora y treinta minutos (9.2.).

14.3.1.6. El vehículo de primera intervención será capaz de desplazarse rápidamente en la especial, y tendrá como mínimo el equipamiento siguiente:

- a.) equipo médico conforme a 9.2.
- b.) equipo médico conforme a 9.4.



- c.) un kit de material de socorro de base, definido por el Médico Jefe, en colaboración con el Comisario Técnico en Jefe.
- d.) dos extintores de 4 Kg. con un operador formado.
- e.) material de comunicación apropiado para estar en contacto con el CG del rallye.
- f.) una sirena de alarma.
- g.) una identificación apropiada.

NOTA: Cuando el terreno lo exija, el vehículo rápido de intervención podrá ser reemplazado por dos vehículos:

- un vehículo médico de intervención (a + b + e + g)
- un vehículo técnico de intervención (b + c + d + e)

14.3.2.) Medidas preventivas (señalización y balizaje):

14.3.2.1. Las carreteras y caminos de acceso a las pruebas deberán ser cerrados a la circulación. Esto se efectuará de la manera siguiente:

- a.) Las carreteras principales o secundarias, o toda carretera sobre la cual se pueda esperar que tenga circulación, deben ser bloqueadas y vigiladas por un comisario de ruta, un policía o cualquier representante de un servicio de orden público.
- b.) Las pequeñas carreteras sin salida (es decir, de acceso a granjas, etc.) deberán estar bloqueadas o cerradas con una banda plástica, con un cartel fijado a la barrera para avisar del desarrollo de la prueba y del peligro de entrada.

14.3.2.2. Será de la incumbencia de los coches 0, verificar que el método de cerramiento habitual está en su lugar y de avisar inmediatamente al CG del rallye (Dirección de Carrera) de toda omisión que deba ser reparada antes del comienzo de la prueba especial.

14.3.2.3. Se repartirán en el recorrido puestos de comisarios de ruta, con el fin de:

- hacer respetar los emplazamientos prohibidos a los espectadores, con la ayuda de paneles, barras o cuerdas, silbatos y altavoces.
- advertir a los equipos, en la medida de lo posible, por medio de banderas amarillas de toda obstrucción en el recorrido de la prueba especial.

14.3.2.4. Si la utilización de banderas amarillas fuese necesaria se adoptará el procedimiento siguiente:

- a.) las banderas amarillas no podrán mostrarse mas que en los puntos radio cada 5 Km. (ver mas adelante).
- b.) no podrán mostrarse mas que por un comisario de ruta que lleve una chaqueta amarilla fácilmente identificable sobre la cual estará escrito el símbolo del punto de radio.
- c.) todo piloto al que se le muestre la bandera amarilla debe reducir su velocidad. Los Comisarios Deportivos pueden determinar un tiempo de especial para este equipo, en aplicación de los principios del artículo 19.17. de las Prescripciones Generales de los Campeonatos de Rallyes de la FIA.
- d.) si un piloto no disminuyese su velocidad como lo exige esta regla, los Comisarios Deportivos podrán imponerle una penalización que puede llegar a la exclusión de la prueba.

14.3.3.) Vigilancia:

14.3.3.1. Una red radio (implantada cada cinco Km. aproximadamente) especifica para cada prueba especial será colocada para permitir el seguimiento de los vehículos y la vigilancia del desarrollo del rallye.

14.3.3.2. Cada punto radio estará identificado en el libro de ruta (road book) y, en el recorrido, por un panel de al menos 70 cm. de diámetro, que llevará el símbolo del punto radio. El símbolo del punto radio deberá azul reflectante sobre fondo blanco.

14.3.3.3. Por otra parte, deberá existir un panel de advertencia de 100 a 200 m. antes del punto radio SOS.



14.3.3.4. En una prueba especial, toda ambulancia eventual estacionará en un punto radio. Un panel suplementario (cruz verde o roja) deberá encontrarse en este lugar debajo del panel de punto radio. El símbolo del punto radio deberá ser azul reflectante sobre fondo blanco.

14.3.3.5. El seguimiento de los vehículos deberá ser efectuado, sea a partir del CG del rallye (control de carrera), o sea por el Jefe de Seguridad de Prueba Especial, en la prueba especial. Bajo una forma u otra, debe ser utilizado un tablón de seguimiento, sea en la prueba especial, por el Jefe de Seguridad de la misma, o sea, en el CG del rallye. Cada organizador tendrá a punto, y hará aparecer sobre el Plan de Seguridad este procedimiento de seguimiento de vehículos; debiendo enumerar igualmente los procedimientos a seguir en el caso de que falte un concursante.

14.3.4.) **Libro de ruta (Road Book) "Cruz verde/OK".**

14.3.4.1. Cada road book deberá contener, preferentemente al dorso de la cubierta, una cruz verde o roja, y por el otro lado un signo "OK". En caso de accidente que no haya provocado heridas que necesiten de una intervención médica inmediata, un miembro del equipo deberá mostrar claramente el signo OK a los tres vehículos siguientes y a todo helicóptero que intente intervenir.

14.3.4.2. Si el equipo sale del vehículo, el signo OK deberá ser colocado de manera claramente visible a los otros concursantes, si es posible.

14.3.4.3. Si, por el contrario, fuera necesaria asistencia médica urgente, la cruz verde deberá ser mostrada tan pronto como sea posible a los dos vehículos siguientes y a cualquier helicóptero que intentara intervenir.

14.3.4.4. Esta regla será recordada a todos los concursantes mediante la inclusión de una nota escrita en la documentación de cada miembro del equipo.

14.3.4.5. Todo equipo capaz de respetar esta regla, pero que no lo haga, podrá ser penalizado por los Comisarios Deportivos, conforme a las disposiciones del Código Deportivo Internacional.

14.3.5.) **Evacuación:**

14.3.5.1. Deberá estar previsto para cada prueba especial, un itinerario de evacuación.

Deberá estar claramente indicado en el Plan de Seguridad (por un mapa o un diagrama).

14.3.5.2. Los servicios de urgencia de todos los hospitales situados cerca del recorrido deberán estar en estado de alerta.

14.3.5.3. Se recuerda a los organizadores que el artículo 9.2. estipula que la presencia de un helicóptero se requiere para una prueba del campeonato FIA, cuando el viaje por carretera entre el punto más alejado de una prueba especial y el hospital más cercano, lleve más de una hora y media.

14.4. **Seguridad de los Oficiales:**

14.4.1.) Aunque la principal responsabilidad de los organizadores sea asegurar la seguridad del público y de los equipos participantes, la seguridad de los oficiales es también muy importante.

14.4.2.) Los organizadores deberán asegurar que en el ejercicio de su función los oficiales no estén obligados a ponerse en peligro.

14.4.3. Es competencia de los organizadores asegurarse que los oficiales estén lo suficientemente entrenados a este respecto.

14.5. **Exigencias del campeonato del Mundo de Rallyes:**

Aunque esta sección concierne particularmente a las pruebas del Campeonato del Mundo, su aplicación se recomienda para todos los rallyes internacionales.

14.5.1.) Cada rallye del campeonato del Mundo de la FIA tiene sus propias características.

Cada organizador deberá adaptar las medidas de seguridad al terreno y a las características del público, y es responsable ante el Consejo Mundial del Deporte del Automóvil y de la Comisión de Rallyes de la FIA.

Los medios utilizados estarán especificados en el informe de los observadores, y la Comisión de Rallyes los tendrá en cuenta en la elección de las pruebas para el Campeonato.



Seminario 2003

- 14.5.2.) Es responsabilidad de los organizadores, acelerar la educación del público y de todas las partes afectadas, mejorando las exigencias de seguridad, incluida la película educativa sobre seguridad.
- 14.5.3.) Desarrollo de las pruebas especiales.
- 14.5.3.1. El Director de Carrera será el responsable del desarrollo de la prueba en todo momento y en toda circunstancia.
- 14.5.3.2. No obstante, el Director de Carrera deberá tener en cuenta las recomendaciones del Delegado de Seguridad de la FIA (ver 14.5.3.7.) de los observadores y del Responsable de Seguridad, así como del equipo de los coches de apertura (Coches 0) con el fin de asegurar que una prueba especial sea anulada en caso de que concurren condiciones peligrosas.
- 14.5.3.3. Los organizadores y el Director de Carrera deberán prever para cada prueba especial un recorrido alternativo susceptible de ser utilizado en caso de anulación (ver mas arriba).
- 14.5.3.4. En el caso en que un Director de Carrera se haya negado a anular una prueba especial juzgada peligrosa, podrá ser convocado ante la Comisión de Rallyes en presencia del observador, y podrá ser visionada la película de vídeo tomada desde un



CAMPEONATOS. COPAS. TROFEOS Y CHALLENGES DE ESPAÑA

PRESCRIPCIONES COMUNES

Artículo 13.- CONTROL Y ASISTENCIA MÉDICA

13.1. La R.F.E. de A. podrá ordenar controles antidopaje en cualquier momento del desarrollo de la prueba. El Director de Carrera o el responsable médico jefe podrán solicitar a un piloto que se someta a un examen médico en cualquier momento de la prueba.

13.2. Se considerará obligatorio disponer de una UCI, ambulancia o helicóptero medicalizado debiendo corresponder a las definiciones de la R.F.E. de A.) en todos los tramos, trazados o recorridos cerrados al público y en donde el Centro Asistencial se encuentre a más de 25 Km. de distancia.

13.3. En el caso de que en una prueba se efectúe un control antidopaje, la selección de los deportistas que deban someterse al mismo se realizará atendiendo a cualquiera de los criterios establecidos en el artículo 5 del Capítulo I, Sección 2a de la Orden del 11 de Enero de 1996 (B.O.E. del 20 de Enero de 1996).

Artículo 14.- OFICIALES DE PRUEBA

14.1.2. Los oficiales que se relacionan a continuación deberán haber asistido al Congreso de Oficiales realizado en el correspondiente año en curso por la R.F.E. de A., como requisito obligatorio e indispensable para poder figurar en el cuadro de oficiales de una prueba puntuable: - El Presidente del Colegio de Comisarios Deportivos. - El Director de Carrera. - El Jefe de Comisarios Técnicos. - El Secretario de Carrera. - El Jefe Médico.

Asimismo será imprescindible para actuar en pruebas celebradas fuera de España haber asistido al citado Congreso de Oficiales.

Artículo 19.- VARIOS

19.2. Coches "R":

19.2.1. En pruebas puntuables para el Campeonato de España de Rallyes, Campeonato de España de Montaña y pruebas puntuables para Campeonatos, Copas, Trofeos y Challenges de España o Monomarca en Circuito, será obligatoria la presencia de vehículos "R", equipados de acuerdo con las normas del C.D.I. y debidamente homologados por la R.F.E. de A.

19.2.2. El número mínimo de vehículos para cada prueba deberá ser aprobado por la R.F.E. de A. debiendo el Organizador remitir el Plan de Seguridad elaborado, incluyendo los vehículos "R".

Artículo 19.- TRAMOS CRONOMETRADOS .

19.19.2. En caso de un accidente en el que no haya ningún herido que requiera atención médica inmediata, la señal OK del 'Road-Book', debe ser mostrada claramente como mínimo a los tres vehículos siguientes, así como a cualquier helicóptero que preste asistencia médica. Al equipo que no observe esta regla le será impuesta una penalización en metálico a criterio de los Comisarios Deportivos.

PRESCRIPCIONES GENERALES DE RALLYES

Artículo 14.12.-

La Real Federación Española de Automovilismo podrá nombrar un OBSERVADOR MEDICO en las pruebas puntuables para Campeonatos, Copas, Trofeos y Challenges de España. Este Observador podrá supervisar todos los medios humanos y materiales previstos por el Organizador, al objeto de emitir el correspondiente informe que enviara a la R.F.E. de A.

PANELES DE SEÑALIZACION



3. PUNTOS DE SEGURIDAD EN LOS TRAMOS CRONOMETRADOS

En los tramos cronometrados donde por su longitud (más de 12 Km) sea necesario montar puntos de seguridad intermedios (Ambulancia, médico, vehículos de rescate, etc.), se señalará de la siguiente forma:

- Un panel de preaviso situado unos 100 m antes del punto de seguridad, con una cruz blanca sobre fondo amarillo enmarcada en un círculo negro.
- Un panel señalando el punto de seguridad, con una cruz blanca sobre fondo azul enmarcada en un círculo negro.

Los paneles deberán tener un diámetro de 55 cm

NOTA: ES OBLIGATORIO QUE LOS PUNTOS DE RADIO Y LOS PUNTOS DE SEGURIDAD VENGAN REFLEJADOS EN EL ROAD-BOOK.

ANEXO IV

(RALLYES DE ASFALTO)

LA SEGURIDAD EN RALLYES

La reglamentación que se cita a continuación es de obligado cumplimiento, aun cuando no es necesario que figure en el Reglamento Particular del rallye. Cada organizador podrá introducir elementos adicionales a los indicados en este Anexo, con la intención de mejorar la seguridad del público y de los equipos participantes.

La atención del organizador deberá centrarse en los requerimientos del anexo H del Código Deportivo Internacional, en particular los que contiene el art. 9.2.

1.- SEGURIDAD GENERAL

1.1. Plan de seguridad

Debe realizarse un plan de seguridad que contenga:

1.1.1. El lugar de ubicación de la Dirección de Carrera.

1.1.2. Los nombres de los diferentes responsables:

- Director de Carrera
- Directores de Carrera Adjuntos
- Jefe Médico
- Responsable de Seguridad
- Jefe de Seguridad en cada Tramo Cronometrado

1.1.3. Las direcciones y teléfonos de cada servicio de seguridad:

- Fuerzas de Orden Público
- Hospitales
- Servicio Médico de urgencia
- Bomberos
- Servicio de Grúa
- Cruz Roja (o equivalente)

1.1.4. Itinerario completo con detalle de los Sectores de Enlace.

1.1.5. El Plan de Seguridad para cada tramo cronometrado, con un listado de todos los responsables principales, servicios de urgencias para cada tramo cronometrado, números de teléfono, etc., además de un mapa detallado del tramo.

1.1.6. El Plan de Seguridad tiene que dirigirse específicamente a prever los problemas de las áreas siguientes:

- seguridad del público
- seguridad de los equipos participantes
- seguridad de los oficiales de la prueba



1.2. Responsable de Seguridad

- 1.2.1. Se nombrará en el Reglamento Particular del rallye un responsable de seguridad que formará parte el Comité Organizador y participará en la realización del Plan de Seguridad.
- 1.2.2. Durante el rallye, estará en comunicación permanente con la dirección del rallye, el Jefe Médico y la salida de cada Tramo Cronometrado (por teléfono o radio).
- 1.2.3. Será el responsable de la ejecución y aplicación del Plan de Seguridad previsto.

1.3. Jefe de Seguridad de cada Tramo Cronometrado

- 1.3.1. Cada prueba especial tendrá un Jefe de Seguridad, el cual asistirá al Responsable de Seguridad.
- 1.3.2. El Jefe de Seguridad de cada tramo cronometrado deberá efectuar la inspección del mismo y certificar que está conforme con el Plan de Seguridad antes de que pase el coche "0".

1.4. Control del Plan de Seguridad

- 1.4.1. El Director de Carrera será el máximo responsable último de asegurarse del cumplimiento correcto del Plan de Seguridad.
- 1.4.2. El Observador de la R.F.E. de A. comprobará atentamente el cumplimiento de todos los procedimientos de seguridad.

2. LA SEGURIDAD DEL PUBLICO

Una prioridad básica del Plan de Seguridad es la seguridad del público presente en el Rallye. Las siguientes medidas, no limitativas, que complementan las disposiciones del Anexo H del Código Deportivo Internacional, son aconsejables:

2.1. Película educativa

- 2.1.1. En forma de spot publicitario.
- 2.1.2. 30 segundos de duración
- 2.1.3. Con el comentario de un(os) piloto(s) de reconocido prestigio.
- 2.1.4. No deberá mostrar accidentes.
- 2.1.5. Deberá ser transmitido varias veces.

2.2. Recomendaciones para los tramos cronometrados

- 2.2.1. La elección de cada tramo cronometrado debe tener en cuenta las características específicas y cantidad de público que pueda asistir al mismo.
- 2.2.2. En la elección del lugar y hora de los tramos cronometrados, se debe tener en cuenta la manera de limitar el movimiento de público entre los mismos.
- 2.2.3. Se recomienda el uso de vehículos con altavoces para pasar por los tramos cronometrados, antes de los vehículos "0" para avisar a los espectadores y, si es necesario, asegurar que no sean ocupados los lugares potencialmente peligrosos. En caso necesario, su paso debe repetirse varias veces.

2.3. El control de los espectadores

- 2.3.1. Los organizadores, con la asistencia de las autoridades del orden público, donde sea posible, deben identificar y delimitar las zonas de peligro antes de la llegada del público. Cualquier zona de peligro debe estar indicada en el plan de seguridad.
- 2.3.2. Se debe impedir al público su desplazamiento en el recorrido de un tramo cronometrado, después del coche "0" y antes del paso del último coche (vehículo de fin de carrera/Bandera a cuadros de la organización).
- 2.3.3. Deben distribuirse entre el público, recomendaciones de seguridad en el recorrido de los tramos cronometrados y también en todas las zonas de acceso.
- 2.3.4. Para asegurar la seguridad del público durante un tramo cronometrado, debe haber un número suficiente de Comisarios de Ruta y Fuerzas del Orden Público. Los Comisarios de Ruta deben estar claramente identificados. Se recomienda el uso de Petos con el distintivo de "SEGURIDAD".

2.4. Informes sobre accidentes

Si un piloto se ve implicado en un accidente en el que un espectador resulte herido, debe



obligatoriamente notificarlo en el próximo punto de radio indicado en el Road-Book. Si el piloto no cumple esta regla, los Comisarios Deportivos podrán imponer al equipo responsable, una penalización que puede llegar a la EXCLUSION de la carrera.

2.5. Coches "Cero" y coches "escoba".

- 2.5.1. Los coches "cero" de la organización (coches de cierre de carreteras) deben llevar un panel de 36 cm x 50 cm en el capó y en cada una de las dos puertas delanteras con la palabra SEGURIDAD, con el número 000, 00 ó 0. El coche "escoba" también deberá llevar un panel de las mismas dimensiones con una bandera a cuadros.
- 2.5.2. Todos estos vehículos deberán estar equipados con una luz destellante giratoria en el techo, y una sirena.
- 2.5.3. Los pilotos y copilotos de los vehículos "cero" deben tener una gran experiencia de conducción en rallyes al objeto de poder informar al Director de Carrera de forma detallada sobre las condiciones de los tramos cronometrados y del itinerario en general.

2.6. La seguridad en los tramos

El itinerario y horario deberán tener en cuenta los problemas de circulación y la travesía de zonas urbanas.

2.7. Información

La información destinada especialmente al público, será difundida de varias formas:

- Periódicos, Emisoras de Radio y Televisión
- Carteles
- Distribución de folletos
- Mediante el recorrido del coche de información (antes del coche "0") equipado con megafonía para informar a los espectadores (45 minutos a 1 hora antes del comienzo del primer coche).

3. LA SEGURIDAD DE LOS EQUIPOS PARTICIPANTES

3.1.- Dispositivo sanitario en los tramos cronometrados

3.1.1.- En la salida de cada tramo cronometrado:

- Un médico con experiencia en reanimación, en un vehículo de intervención rápida (R).
- Una ambulancia asistencial medicalizada de Soporte Vital Avanzado.
- Una ambulancia asistencial de Soporte Vital Básico.
(Además de lo indicado anteriormente deberá haber una Grúa)

3.1.2.- En puntos intermedios de los tramos cronometrados

Además del dispositivo sanitario ubicado en la salida, cada 12 Km de tramo cronometrado como máximo deberá establecerse:

- Un médico experto en urgencias en un vehículo de intervención rápida (R ó S).
- Una ambulancia asistencial de Soporte Vital Básico.

Nota: Como alternativa a este dispositivo (Médico en coche R + Amb. SVB), podrá ser utilizada una ambulancia de SVA (con su correspondiente personal: Conductor, Médico y ATS/DUE) como vehículo de intervención exclusivamente médico, si su radio de acción no es mayor de 8 Km. En todos los casos para tramos cronometrados de más de 25 Km habrá un segundo vehículo de intervención rápida.

3.1.3. Los servicios mínimos definidos anteriormente se incrementaran, para los tramos cuyo récord sea superior a 110 Km/h, con el doble de ambulancias y un medico reanimador más.

3.1.4.- En parques de asistencia o zonas de concentración controladas por la Organización (Salidas y Llegadas):

- Un equipo de sanitarios o un médico.
- Una ambulancia asistencial de Soporte Vital Básico.
- Un helicóptero medicalizado en "stand by", estará disponible siempre que la duración del transporte al Hospital sea estimada en más de 60 minutos. En cualquier caso es



aconsejado.

- En ninguna circunstancia un tramo cronometrado deberá reanudarse, en caso de interrupción, en ausencia de un dispositivo médico mínimo (vehículo de intervención rápida y ambulancia asistencial en la Salida). La Organización deberá prever los medios sanitarios de reposición necesarios.

NOTA:

- **Coche "R"**: vehículo médico de intervención rápida, de rescate y descarceración.
- **Coche "S"**: vehículo médico de intervención rápida.
- Las ambulancias asistenciales deben cumplir la normativa vigente en nuestro país (Real Decreto 619/1988 de 17 de abril).

Las ambulancias asistenciales tanto de SVB como de SVA, llevan el mismo equipamiento general; la característica que las diferencia es que las de SVA incorporan como equipamiento sanitario complementario, respirador automático y monitor-desfibrilador, y por otro lado su tripulación se compone de conductor y al menos Médico y ATS/DUE.

3.2. Medidas Preventivas (señalizaciones)

3.2.1. Las carreteras y caminos de acceso a los tramos cronometrados, deberán estar cerrados al tráfico de la siguiente manera:

- a) Las carreteras principales o secundarias y en todo acceso por el que puedan llegar vehículos deberán ser cerradas por un Comisario de Ruta y Fuerzas del Orden Público.
- b) Caminos sin salida: deben estar cerrados por medio de cinta y un cartel fijado a la misma, que avise del desarrollo de la prueba.

3.2.2. Será responsabilidad de los vehículos "cero", verificar que las medidas de cierre se hayan realizado y, que si no lo estuviesen, llamar inmediatamente a la Dirección de Carrera.

3.2.3. Los puestos para oficiales se situarán en el recorrido de los tramos cronometrados, al objeto de:

- hacer respetar los lugares prohibidos al público, con la ayuda de carteles, autos, pitos y altavoces.
- donde sea posible, avisar a los participantes de cualquier obstrucción en el tramo, mediante el uso de banderas amarillas.

3.3. Vigilancia

3.3.1. Una red de emisoras intercalados dentro del recorrido a una distancia entre ellas no superior a 3 Km específica para cada tramo cronometrado, permitirá el seguimiento de los vehículos y la vigilancia del desarrollo del Rallye.

3.3.2. Cada puesto de radio deberá estar claramente señalado en el Road Book y también en la carretera por un cartel especificado al final del Anexo III.

3.3.3. En un tramo cronometrado, toda ambulancia intermedia deberá estar situada junto a punto de radio y señalizada con un cartel con una Cruz Roja.

3.3.4. El seguimiento de los vehículos deberá ser realizado por Dirección de Carrera o por el Jefe de Seguridad de cada Tramo Cronometrado en el mismo. En ambos casos, un cuadro de seguimiento debe ser utilizado para facilitar esta tarea.

3.4. Road Book. "Cruz roja/OK"

3.4.1. Cada Road Book deberá tener, preferentemente como contra-portada, una cruz roja, y por el lado contrario, una señal de "OK". En caso de un accidente que no haya provocado heridos que precisen atención médica inmediata, la señal "OK" deberá mostrarse claramente por un miembro del equipo participante a los siguientes 3 vehículos participantes y a cualquier helicóptero que pueda intervenir.

3.4.2. Si el equipo abandona el vehículo, deberá dejar la señal de "OK" verde para que sea visible para otros participantes.

3.4.3. Si por el contrario necesita atención médica urgente, la señal roja deberá mostrarse, si es posible, a los 2 vehículos siguientes y a cualquier helicóptero que pueda intervenir.

3.4.4. A todos los participantes se les debería recordar esta regla mediante una notificación escrita, entregada durante la entrega de documentos.

3.4.5. Cualquier equipo que no siga esta regla, podrá ser penalizado por los Comisarios.



3.5. Itinerario de Evacuación

- 3.5.1. Un itinerario de evacuación para cada tramo cronometrado debe ser previsto e indicado de forma clara en el Plan de Seguridad, por medio de un plano o de un croquis.
- 3.5.2. Los servicios de emergencia de todos los hospitales cerca de la ruta deberán estar en estado de alerta.

4. SEGURIDAD DE LOS OFICIALES

- 4.1. Aunque la principal responsabilidad de los organizadores sea la de asegurar la seguridad del público y de los equipos participantes, es igualmente muy importante la seguridad de los Comisarios.
- 4.2. Los organizadores deben asegurar que los Comisarios en el ejercicio de su función, no estén obligados a colocarse en situación de peligro.
- 4.3. Incumbe pues, a los organizadores, el asegurar que los Comisarios sean suficientemente entrenados a este respecto.



PRESCRIPCIONES GENERALES DE MONTAÑA

Art. 23. VEHICULOS DE SEGURIDAD - VEHICULOS DE INTERVENCION

23.1. **Vehículo "0"**: El organizador deberá prever un vehículo de seguridad identificado con el "0". las dos personas que vayan dentro de este vehículo deben ser oficiales nombrados por la organización para tal fin y deben figurar en el Reglamento de la prueba (cuadro de oficiales).

Este vehículo (que deberá ser dado de alta en el seguro de Responsabilidad Civil contratado por el organizador junto con los vehículos participantes) deberá efectuar todas las mangas, entrenamientos y carrera, saliendo con una antelación mínima de 3 minutos al primer participante. A la llegada a la línea de meta informará al Director de Carrera del estado global del recorrido.

Por motivos o labores publicitarias, se podrán preparar otros vehículos sin distintivos "0" y deberán tomar la salida con una antelación mínima de 10 minutos al primer participante.

23.2. El organizador deberá contar con la presencia mínima de un vehículo de intervención rápida (vehículo "R"), conducido por una persona experta y con un médico a bordo, además del correspondiente material establecido por la R.F.E. de A.

Este vehículo deberá identificarse con luces giratorias destellantes en el techo y con una letra "R" en cada una de las puertas laterales delanteras.

23.3. Los vehículos "R" deberán ser homologados por la R.F.E. de A.

23.4. El/los vehículo/s "R" estarán en la línea de salida a disposición del Director de Carrera.

23.5. En las pruebas puntuables para el Campeonato de Europa de Montaña, o en las pruebas que sobrepasen los 5 kilómetros de recorrido, el número mínimo de vehículos "R" será de 2.

23.6. La eventual presencia en la pista de un vehículo de seguridad será preavisada con bandera blanca por los oficiales señaladores. Cualquier participante que encuentre delante de uno de dichos vehículos, en servicio de auxilio, deberá permanecer obligatoriamente neutralizado detrás de él, incluso hasta la detención total.

El Director de Carrera, previa conformidad de los Comisarios Deportivos, podrá autorizar una nueva subida a los conductores que se hayan encontrado en tal situación, y no acrediten tiempo de llegada, salvo que el horario de la carrera o el de apertura de la carrera lo impidan. Ninguna reclamación será admitida a este respecto.

Art. 24. MANUAL DE SEGURIDAD.

24.1. El Manual de Seguridad deberá ser conforme al que figura en el Complemento nº1 de estas Prescripciones Generales.

24.2. Con una antelación mínima de 60 días al comienzo de la prueba, se deberán remitir a la Secretaría de la R.F.E. de A. dos ejemplares del proyecto del Manual de Seguridad, para obtener la preceptiva aprobación. En el plazo máximo de 15 días a la recepción del proyecto, la R.F.E. de A. pondrá en conocimiento del organizador las posibles modificaciones que se deban realizar, o bien dará su aprobación.

24.3. El Manual de Seguridad definitivo deberá ser publicado y enviado 4 ejemplares a las Secretaría de la R.F.E. de A., al menos 30 días antes del inicio de la Prueba.

COMPLEMENTO Nº 1

MANUAL DE SEGURIDAD

Cada Organizador deberá realizar el Manual de Seguridad de su prueba, para ello deberá seguir las directrices aquí marcadas. No obstante el organizador podrá introducir todos los elementos adicionales que



deseo, con la intención de mejorar la seguridad de su prueba, tanto de los espectadores, como de los participantes y oficiales.

Para la realización del Manual de Seguridad el organizador deberá centrarse en los requerimientos del Anexo "H", sobre todo en los artículos que hacen referencia a la vigilancia de pista y en los artículos 9.2, 10 y 11.

6°. DISPOSITIVO SANITARIO

6.1.- En la salida:

- . Un médico con experiencia en reanimación, en un vehículo de intervención rápida (R).
- . Una ambulancia asistencial medicalizada de Soporte Vital Avanzado.
- . Una ambulancia asistencial de Soporte Vital Básico.

6.2.- En las pruebas puntuables para el Campeonato de Montaña, o en las pruebas que sobrepasen los 5 km. de recorrido, además del dispositivo sanitario ubicado en la salida, deberá ubicarse:

- . Un médico experto en urgencias en un vehículo de intervención rápida (R ó S).
- . Una ambulancia asistencial de Soporte Vital Básico.

Nota: Como alternativa a este dispositivo (Médico en coche R + Amb. SVB), podrá ser utilizada una ambulancia de SV A (con su correspondiente personal: Conductor, Médico y ATS/DUE) como vehículo de intervención exclusivamente médico, si su radio de acción no es mayor de 8 Km.

- . En parques de asistencia o zonas de concentración controladas por la Organización (Salidas y Llegadas):
 - . Un equipo de sanitarios o un médico.
 - . Una ambulancia asistencial de Soporte Vital Básico.
 - . Un helicóptero medicalizado en "stand by", estará disponible siempre que la duración del transporte al Hospital sea estimada en más de 60 minutos. En cualquier caso es aconsejado.
 - . En ninguna circunstancia una subida podrá reanudarse, en caso de interrupción, en ausencia de un dispositivo médico mínimo (vehículo de intervención rápida y ambulancia asistencial en la Salida). La Organización deberá prever los medios sanitarios de reposición necesarios.

NOTA:

- . Coche R: vehículo médico de intervención rápida y de rescate y descarceración.
- . Coche S: vehículo médico de intervención rápida.
- . Las ambulancias asistenciales deben cumplir la normativa vigente en nuestro país (Real Decreto 619/1988 de 17 de abril).
- . Las ambulancias asistenciales tanto de SVB como de SVA, llevan el mismo equipamiento general; su característica diferenciadora es que las de SVA incorporan como equipamiento sanitario complementario: respirador automático y Monitor-desfibrilador, y por otro lado su tribulación se compone de conductor y al menos Médico y ATS-DUE.

11 °. CENTROS DE EVACUACION PREVISTOS.

- a) Describir los centros de evacuación previstos y el orden de prioridad para su utilización.
- b) Categoría de los distintos centros: Local. Comarcal. General. etc.
- c) Ubicación de los centros y distancias a la prueba.
- d) Opción para el traslado de "grandes quemados"

12° PLANES Y RUTAS DE EVACUACION.

- a) Describir los distintos planes posibles de evacuación, con detalle de la ruta a seguir.
- b) Distancias de la salida de la prueba hasta los distintos hospitales previstos para evacuaciones, en cada una de las rutas de evacuación.
- c) Adjuntar mapa de cada uno de los planes y rutas de evacuación.



13°. PLANOS.

- 1 ° Plano de la ubicación de los controles de pista y vigilancia del público.
- 2° Plano de la ubicación de los medios sanitarios.
- 3° Plano de la ubicación de los medios de extinción y rescate.
- 4° Plano de la ubicación de las grúas.
- 5° Plano conjunto de la ubicación de:
 - . Secretaria de la prueba.
 - . Zona Verificaciones
 - . Parque de Presalida (parque de trabajo)
 - . Salida prueba y Dirección de Carrera.
 - . Meta y panel de tiempos.
 - . Parque Cerrado.
 - . Reparto de premios y trofeos.

14°. INFORME DE ACTUACION EN CASO DE ACCIDENTE.

En caso de accidente, el Director de Carrera, deberá elaborar un informe de la actuación llevada a cabo, para su presentación al Colegio de Comisarios Deportivos.

CAMPEONATO DE ESPAÑA DE TRIAL 4x4

Art. 6 SEGURIDAD

Además De lo que se exige en las Prescripciones Comunes para los Campeonatos. Copas y Trofeos de España, la organización deberá disponer obligatoriamente en todo momento, como mínimo de:

- . 2 vehículos de remolque capaces de arrastrar los vehículos participantes.
- . 1 Grúa o vehículo similar capaz de levantar a un vehículo para sacarlo del interior de la zona.
- . 2 Ambulancias (una de ellas equipada tipo UCI)
- . 1 Médico
- . Dos extintores en cada zona
- . Comisarios o Agentes de Seguridad que controlen eficazmente la situación del público en cada zona con el fin de que no invada lugares tipificados como peligrosos.

CAMPEONATO DE ESPAÑA DE RALLYES TODO TERRENO 2002

Plan de Seguridad

El Organizador de un Rallye Todo Terreno deberá enviar, junto con el proyecto de Reglamento Particular, un Plan de Seguridad.

Este Plan de seguridad deberá estar en la RFEDA al menos 30 días antes de la celebración de la prueba.

La Seguridad de un Rallye Todo Terreno será considerada bajo dos puntos fundamentales:

- . La seguridad exterior, referente a los espectadores, los residentes de las zonas por donde discurra la prueba y la protección Medioambiental.



- . La seguridad interior, que será obligatoriamente reflejada en el Plan de Seguridad y que contemplará la protección de los participantes durante la prueba y de todos los elementos referentes a la organización de la misma.

A.- SEGURIDAD EXTERIOR

El Plan de Seguridad exterior, se basará principalmente en la prevención y aplicación de los siguientes puntos:

- . La selección del recorrido, que intentará evitar posibles daños ambientales voluntarios o involuntarios.
- . El recorrido a través de poblaciones, que deberá ser evitado o controlado en su caso.
- . La situación de las fuerzas de seguridad.
- . La información local a través de prensa, radio y eventualmente televisión.
- . La actividad de los equipos de la organización ubicados en el recorrido advirtiendo de la proximidad del paso de los participantes y tomando las medidas oportunas de acuerdo con el Plan
- . Las instrucciones de Dirección de Carrera.

B.- SEGURIDAD INTERIOR - PLAN DE SEGURIDAD

Las condiciones específicas dentro de cada prueba son diferentes, dado que se circula tanto por zonas sin posible acceso de público como por zonas donde la esperada aglomeración de público puede obligar a tomar medidas de Seguridad complementarias.

Tal situación se deberá reflejar en el Plan de Seguridad, el cual, en su contenido, deberá contemplar los siguientes puntos:

- . El numero previsto de participantes.
- . La longitud del (los) sector(es) selectivo(s)
- . La duración de paso de los participantes en cada zona.
- . El tiempo de posible circulación nocturna.
- . La existencia de accesos exteriores al recorrido, para los espectadores.
- . La protección en zonas donde se espera afluencia de público

Al objeto de normalizar el Plan de Seguridad de forma que sea efectivo, deberán ser reflejados y respetados los siguientes factores:

1. La velocidad media de los participantes en el (los) sector (es) selectivo(s). deberá ser considerada entre los 50 y los 60 Km./h.
2. El horario previsto para el(los) sector(s) selectivo(s) deberá ser calculado en base al tiempo previsto para el último participante en la prueba.
3. La posibilidad de que parte o la totalidad del (los) sector(es) selectivo(s), se realice de noche.
4. Deberán preverse vehículos de intervención médica adaptados al terreno (Todo Terreno Medicalizado), con capacidad para transportar a un herido tumbado. Estos vehículos estarán situados cada 50 Km. como máximo, aconsejándose acortar esta distancia en función de la orografía de la zona y de los accesos al recorrido.
5. Siempre que sea posible, el Organizador dispondrá de un helicóptero Medicalizado.
6. En el caso de que el recorrido se realice de noche, dado que no podría utilizarse el helicóptero, se deberá tener previsto el numero suficiente de vehículos Medicalizados.
7. Con una distancia máxima de 100 Km. en cada sector selectivo, deberán situarse vehículos de apoyo médico (ambulancias asistenciales) que realicen una cobertura eficaz de su zona y permitan la evacuación de los posibles heridos hacia los Centros Sanitarios previamente alertados.
8. En la salida de la prueba se dispondrá de dos ambulancias asistenciales, una equipada para Soporte Vital Básico (Arob-SVB) y otra de Soporte Vital Avanzado (Amb-SVA).
9. Cada 200 Km de recorrido deberá ubicarse una Amb-SVA. En pruebas que no sobrepasen esa distancia y en ausencia de helicóptero medicalizado, se dispondrá de una segunda Amb-SVA



colocada estratégicamente (en lugar opuesto a la salida, con accesos adecuados a esa parte del recorrido, etc). Su finalidad es dar cobertura a la asistencia de posibles accidentados graves y su traslado medicalizado sin dejar desasistido el tramo, ya que el médico del TTM una vez transferido el herido sigue efectuando la cobertura sanitaria de su zona.

I.- Puestos de CONTROL

. Controles de Paso

Destinados fundamentalmente a verificar que los participantes realizan el recorrido oficial de la prueba; contribuyen a la seguridad general de esta, con apoyo médico o sin él, ya que su posición intermedia permite localizar a los participantes parados en el recorrido y alertar a los servicios de emergencia en caso necesario.

Por ello en cada sector selectivo con más de 100 Km. es obligatorio la instalación de controles de paso, separados entre sí por una distancia máxima de 50 Km.

En caso de que el sector selectivo tenga entre 60 y 100 Km. de recorrido, será obligatoria la existencia de, como mínimo, un Control de Paso intermedio.

En sectores selectivos de menos de 60 Km., la posibilidad de un control de paso queda a discreción del Organizador.

. Controles de Seguridad

Estarán situados en puntos intermedios de especial interés (afluencia de público) o peligrosos, con la finalidad de supervisar el paso de los participantes.

. Controles de Intersección

Situados en todos los puntos en que el recorrido, cruza una carretera de la red pública, estos controles pueden simultanear su función con la de Control de Paso o de Seguridad.

2.- Dispositivo Médico: componentes, características y equipamiento

a).- Jefe Médico:

Aceptado por la RFEDA. Su nombre figurará en el reglamento particular de la prueba y actuará bajo la autoridad del Director de Carrera.

b).- Vehículos de Intervención Médica Todo Terreno (TTM):

Los vehículos TTM deberán disponer de:

- . Autonomía de conducción similar a la de los vehículos participantes.
- . Comunicación permanente con Dirección de Carrera (radio VHF y teléfono móvil).
- . Espacio suficiente para trasladar un herido en posición horizontal.
- . Tripulación compuesta, por al menos, un conductor experto y un médico especialista en Reanimación.

Equipamiento médico de los vehículos TTM:

- . Maleta de reanimación con material de soporte respiratorio y circulatorio.
- . Botiquín con medicación, material de curas, equipos de perfusión y sueroterapia y material traumatológico vario.
- . Sistemas de inmovilización cervical y de extremidades.
- . Colchón inmovilizador de vacío.

c).- Vehículos médicos de apoyo (ambulancias asistenciales y helicóptero):

Aambulancias asistenciales de Soporte Vital Básico (Amb-SVB), una en salida y otras en puntos intermedios.

Aambulancias asistenciales de Soporte Vital Avanzado, una en salida y otra cada 200 Km de recorrido.



Seminario 2003

Ambulancias asistenciales de Soporte Vital Básico (Amb-SVB), en cada uno de los parques de asistencia.

Estos vehículos asistenciales deberán cumplir la actual legislación vigente en nuestro país (Real Decreto 619/1998 de 17 de abril).

Helicóptero medicalizado (SVA) recomendado.

d).- Hospitales:

Los hospitales alertados, deberán disponer de al menos especialistas en Anestesia, Cirugía, Traumatología y Radiología, en guardia de presencia física las 24 horas. Es necesaria la confirmación por escrito del estado de alerta de cada Hospital afectado, antes de la celebración de la prueba.

e).- El Organizador deberá prever los medios sanitarios suficientes para que, aún en caso de emergencia o evacuación, se disponga de un dispositivo médico mínimo que garantice la asistencia a los participantes. Se recomienda, que en cualquier caso y durante el desarrollo de la prueba, haya un vehículo medicalizado (TTM, ambulancia o helicóptero), al menos cada 50 Km.

3.- Referencias de los Servicios de Seguridad:

El Plan de Seguridad deberá también reflejar las referencias (identificación. Responsables, teléfonos de contacto etc.) de todos los servicios de seguridad implicados en la prueba. Así:

- Hospitales alertados.
- Servicios Médicos de Urgencia y Centros de Salud de la zona afectada por el recorrido.
- Servicio de grúas.
- Itinerario completo del recorrido con la localización exacta de los Servicios de Seguridad ubicados en el terreno.
- Vías alternativas de evacuación en caso de accidente.
- Eventuales zonas del recorrido en el que el helicóptero medicalizado pueda tener acceso en caso de emergencia.



Anexo "L"

Código Deportivo Internacional

Capítulo I.- LICENCIAS INTERNACIONALES FIA PARA PILOTOS.

Art. 1.- GENERALIDADES.

La expedición de todas las licencias Internacionales para Pilotos de la FIA está regulada por el reglamento del Código Deportivo Internacional, y particularmente por sus artículos 45, 47 y 70, y por el Capítulo VIII de dicho Código. Este Capítulo del Anexo L, especifica las categorías, las exigencias de cualificación y la validez de las licencias, para carreras en circuito en los artículos 2 al 7, para las pruebas de vehículos históricos en el artículo 8, de dragsters en el artículo 9, y para los pilotos minusválidos en el artículo 10.

El término "campeonato", tal y como se utiliza en este capítulo, se refiere también a los trofeos, copas y challenges.

Art. 10.- EXPEDICIÓN DE UNA LICENCIA INTERNACIONAL PARA PILOTOS MINUSVÁLIDOS

10.1.) Licencia especial para minusválidos:

Con exclusión de las enfermedades degenerativas o crónicas que impidan la práctica del automovilismo (ver 1.5.a. del Capítulo II) y de los defectos de visión eliminatorios (ver 1.4. del Capítulo II), toda persona que presente una minusvalía adquirida o congénita, y que, a juicio de su Comisión Médica Nacional (si existe) o de un médico designado por la ADN, no pueda obtener una licencia internacional de piloto (ver 1.5.b. del Capítulo II), puede obtener una Licencia Internacional para Minusválido si reúne todas las condiciones que a continuación se indican:

10.2.) Condiciones de adjudicación.

a) Los criterios de adjudicación serán evaluados a tres niveles:

- A nivel médico: evaluación de las posibilidades físicas del aspirante.
- A nivel deportivo: evaluación de las posibilidades de conducir del aspirante, evaluación de su capacidad para salir por sí mismo del vehículo en caso de inmediato peligro (accidente, fuego, etc.).
- A nivel técnico: la ADN de la que dependa el piloto deberá emitirle un certificado indicando las modificaciones que debe hacer en su vehículo.

b) En la práctica, el piloto minusválido que haya solicitado licencia deberá ser examinado por un miembro de la Comisión Médica en los países donde exista esta estructura, o de lo contrario por un médico designado por la Autoridad Deportiva Nacional.

Si el examinador médico considera posible la expedición de la licencia de minusválido, el solicitante deberá realizar una prueba de pilotaje, preferentemente en un circuito, y en presencia de una Autoridad Deportiva con el fin de que sean evaluadas sus capacidades.

Por otra parte, como se ha dicho antes, se evaluarán al mismo tiempo sus posibilidades para salir por sí mismo del coche lo más rápido posible. Especialmente si el aspirante puede pasar de la posición sentada a la posición de pie, si tumbado sobre la espalda puede girarse a ambos lados, si es capaz de liberarse por sí mismo verticalmente usando un brazo, y de la misma manera si es capaz de salir lateralmente.

Finalmente, el aspirante deberá presentar una ficha técnica, describiendo las transformaciones eventuales de su vehículo.

Una vez que la Autoridad Deportiva Nacional haya recibido la evaluación médica, deportiva y técnica tomará la decisión en última instancia de otorgar o negar la Licencia Internacional para pilotos minusválidos.

Las solicitudes de derogación deberán ser presentadas en la ADN del piloto afectado y dirigidas a la FIA.



Serán sometidas a la aprobación de la Comisión Médica y de la Comisión de los Circuitos y de la Seguridad. En caso de desacuerdo entre estas dos comisiones, decidirá el Consejo Mundial.

10.3.3. El Secretario de una prueba que reúna a la vez participantes minusválidos y válidos, deberá asegurarse de que los servicios de socorro estén informados de los números de competición de los vehículos tripulados por minusválidos.

Art. 11.- LICENCIA DE NAVEGANTE

11.1./ Licencia Internacional de navegante restringida.

Esta licencia está reservada a los disminuidos físicos por lesiones o enfermedad, incluidos los problemas de visión que impidan la obtención de la licencia ordinaria (excluida la ceguera), y a los sujetos afectados por ciertas enfermedades que puedan ser incompatibles con la práctica del deporte automóvil.

Permite la participación en pruebas de rallyes de los definidos en el artículo 21 del Código Deportivo Internacional.

No permite en ningún caso la conducción del vehículo durante el desarrollo de una competición.

11.2./ Examen médico.

Se llevará a cabo una evaluación de las posibilidades físicas del solicitante con la revisión médica anual de aptitud (ver capítulo II, artículo 1).

11.3./ Examen de seguridad.

Se llevará a cabo una evaluación cronometrada de las posibilidades del solicitante para salir por sí mismo de su vehículo.

Este examen será efectuado bajo el control de un Comisario Deportivo de la ADN en cuestión, en presencia de:

- o bien de un miembro de la Comisión Médica nacional,
- o bien, en su defecto, de un médico designado por la ADN.

Una vez realizados todos estos documentos y practicadas las pruebas, la Comisión Médica nacional, o en su defecto un médico designado por la ADN, propondrá a esta la expedición o no de la licencia.

Capítulo II.- REGLAMENTO INTERNACIONAL PARA EL CONTROL MÉDICO DE LOS PILOTOS

Art. 1.- RECONOCIMIENTO MÉDICO ANUAL DE APTITUD

1.1.) Campo de aplicación del control médico.

El conjunto de las indicaciones descritas mas abajo en los puntos 1.2. al 1.5. ambos incluidos, es necesario y suficiente para la obtención de cualquier licencia.

1.2.) Control Médico Anual de aptitud.

Todos los pilotos que deseen participar en competiciones automovilísticas bajo la jurisdicción de la Federación Internacional del Automóvil, deberán pasar un reconocimiento médico anual para obtener la licencia de piloto de la Autoridad Deportiva Nacional.

El reconocimiento médico deberá ser realizado por un doctor en medicina autorizado para ejercer en el país en el que se vaya a expedir la licencia. En otro caso, la ADN puede fijar condiciones especiales.

1.3.) Formulario del examen médico.

En cada país, siguiendo la legislación o los usos locales, La ADN debe crear e imprimir un formulario médico que será expedido a todos los solicitantes de licencias. En este formulario médico, deben indicarse y prescribirse los controles a los que el piloto deberá someterse como se ha dicho en el artículo 1.1. Será firmado por el médico que realice el examen y por el piloto afectado y sellado por la ADN.

Los reconocimientos previstos son los siguientes:



- a.) determinación obligatoria del grupo sanguíneo y del factor RH en los países en los que la ley lo exija.
- b.) examen de la vista.
- c.) examen ortopédico
- d.) prueba de esfuerzo máximo o bajo máximo (bajo control ECG) para los pilotos de mas de 45 años (validez 2 años).

Nota: en los países en los que la ley lo exija o los usos lo impongan, el formulario médico nacional puede prescribir la realización de exámenes suplementarios.

Al pie del certificado médico, el solicitante deberá firmar una declaración en la que manifieste:

- I./ Que ha informado exactamente al médico sobre su estado de salud actual y sobre sus antecedentes.
- II./ Que se compromete a no hacer uso de drogas consideradas ilegales (lista de productos y métodos prohibidos del Comité Olímpico Internacional).

1.4.) Normas oculares requeridas:

a) agudeza visual (antes o después de corrección, al menos 9/10 en cada ojo).

Además, todo sujeto que tenga una agudeza visual disminuida y no corregible en un solo ojo, pero teniendo obligatoriamente una visión controlateral, corregida o no, igual o superior a 10/10, puede obtener una licencia de conductor con las condiciones siguientes y después de un examen efectuado por un oftalmólogo especialista:

- campo de visión igual o superior a 200°;
- visión estereoscópica funcional;
- estado del fondo de ojo excluyente de una retinopatía pigmentaria;
- toda lesión, antigua o congénita, será estrictamente unilateral.

La ceguera unilateral es una contraindicación absoluta.

- b) Visión binocular normal.
- c) Visión de los colores normal (en caso de anomalía, recurso a la Tabla de Ishihara, y en caso de error, a la Linterna de Beyne o sistema análogo); en todo caso, no pueden darse errores en la percepción de los colores de las banderas utilizadas en las competiciones internacionales.
- d) Campo visual normal.
- e) Estereoscopia normal (la ceguera unilateral excluye la concesión de licencia).
- f) Para la corrección, se admiten las lentes de contacto, a condición:
 - que las hayan usado durante mas de doce meses, y cada día durante un tiempo significativo.
 - y que el oftalmólogo las certifique apropiadas para las carreras de automóviles.

1.5.) Lista de enfermedades y discapacidades incompatibles con la práctica del automovilismo o que requieran un permiso médico de una entidad aprobada por la ADN (Comisión Médica o, en caso de inexistencia, facultativo designado por la ADN):

a) Enfermedades y discapacidades incompatibles: epilepsia, con manifestación clínica o bajo tratamiento; amputaciones, excepto en el caso de dedos de la mano donde la función de asir se conserve en ambas manos; prótesis si el resultado funcional no es normal o similar a la normal; una limitación funcional de grandes articulaciones superior al 50%.

b) Discapacidades o enfermedades que requieren un permiso médico de una entidad aprobada por la ADN: diabetes insulino dependiente, con la condición de que sea presentado a la entidad médica aprobada por la ADN, un documento confidencial acreditativo de la supervisión regular del interesado y de su tratamiento, y que el certificado médico de aptitud (ver 1.6.) lleve la mención "necesaria supervisión médica"; el infarto de miocardio y la isquemia miocárdica, estado cardio-vascular patológico; limitación funcional de las articulaciones de las manos superiores al 50% y que afecte a dos o más dedos de la misma mano; prótesis que permitan realizar una actividad funcional próxima o igual a la normal; las enfermedades psiquiátricas.



1.6.) Obligaciones del doctor que efectúa el examen.

El doctor en medicina que efectúe el examen médico de aptitud deberá obligatoriamente utilizar y rellenar completamente el formulario médico nacional remitido por el candidato. Este último deberá devolver este documento a la ADN competente.

La decisión de capacidad o incapacidad debe ser tomada por el doctor en medicina que realice el examen. Este doctor puede requerir, eventualmente, la opinión de la entidad aprobada por la ADN (Comisión Médica Nacional o médico aprobado).

1.7.) Certificado de aptitud médica.

Cada licencia internacional deberá ir acompañada del certificado de aptitud médica:

- Bien en el reverso de la misma.
- Bien en un documento adjunto.

"Apto para la práctica del deporte automóvil cumpliendo con las Normas Médicas de la FIA:

Fecha

Vista Corregida (gafas o lentillas) SI NO

Vigilancia Médica especial SI NO

1.8.) Control Médico en las pruebas:

El conocimiento del certificado médico de aptitud por parte del Médico Jefe de una prueba, puede sustituir la visita previa que se exige en determinados casos. Por otra parte, en cualquier momento de una prueba o al final de la misma, el Médico Jefe y el Director de Carrera, pueden exigir un examen médico motivado por el comportamiento de un piloto. Las autoridades deportivas tomarán las decisiones necesarias, tras el informe del Médico Jefe. Este examen, puede, en su caso, acompañarse de un test de alcoholemia.

Art. 2.- CONTROL MÉDICO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE O DE UNA ENFERMEDAD

2.1.) Después de un accidente, incluso si el piloto parece indemne y/o sale de su habitáculo por sí mismo, puede ser considerado necesario un examen médico de control:

- Ya sea por el Delegado Médico desde el vehículo FIA previo acuerdo con el Director de la Prueba (para las pruebas del Campeonato del Mundo de Fórmula Uno de la FIA y del Campeonato Internacional de Fórmula 3000 de la FIA);
- Ya sea por el Médico Jefe previo acuerdo con el Director de la Prueba/Director de Carrera (para las pruebas del Campeonato del Mundo de Fórmula Uno de la FIA, Campeonato Internacional de Fórmula 3000 de la FIA y en todas las demás disciplinas).

En otro caso, las medidas para asegurar el transporte del piloto afectado hasta el centro médico, serán adoptadas por la Dirección de Carrera. Al mismo tiempo, será avisado por escrito el equipo al que pertenezca el piloto.

2.2.) En caso de accidente, durante una competición o fuera de una competición, con lesión traumática que provoque una incapacidad igual o superior a 10 días o, en caso de que se descubra una enfermedad o afección que entre en el cuadro de los artículos 1.3. y 1.4. del presente reglamento, el licenciado deberá comunicarlo obligatoriamente en un plazo de 10 días a su Autoridad Deportiva Nacional:

- a) Bien sea acompañando un certificado médico confidencial dirigido a la Comisión Médica Nacional o al médico designado por la Autoridad Deportiva Nacional, en el que se haga constar: el diagnóstico, el pronóstico, la incapacidad temporal o el porcentaje de invalidez.
- b) Bien sea autorizando a la Comisión Médica Nacional o al médico designado a entrar en contacto, confidencialmente, con el centro asistencial en el que haya sido eventualmente hospitalizado.

A partir de la fecha del accidente, o del descubrimiento de una enfermedad o afección prevista en los artículos 1.3. y 1.4. del presente reglamento, y hasta la decisión de la Autoridad Deportiva Nacional, el piloto deberá abstenerse de toda participación, como tal, en toda competición automovilística sometida a la legislación de la FIA.

2.3.)



- a) Todas las afecciones o enfermedades previstas en el apartado 1.3. y 1.4. del presente reglamento, deben ser comunicadas a la Comisión Médica Nacional, o en su ausencia, a un médico autorizado por la ADN.
- b) En caso de accidente que entrañe incapacidad igual o superior a 10 días, y después de recibir un documento que confirme la curación o la consolidación, ver un parte de alta del hospital, la Comisión Médica o el médico autorizado por la ADN, pasará una visita de reintegración o un nuevo proceso completo de reconocimiento médico anual.

2.4.) Sanciones.

La inobservancia de lo establecido en los artículos 2.1. y 2.2. traerá consigo la aplicación de sanciones por la Autoridad Deportiva Nacional.

Art. 3.- INSTRUCCIONES EN CASO DE ACCIDENTE

El Médico Jefe de una prueba, en el curso de la cual sobrevenga un accidente, debe proceder de la manera siguiente:

- a) Si se trata de un accidente que necesite hospitalización de, al menos, 24 horas, avisar por fax, telegrama o telex a la ADN del piloto en cuestión, dando el máximo de detalles y de precisiones. La ADN alertada debe actuar conforme a las prescripciones del artículo 2 del presente capítulo.
- b) Si se trata de un accidente que únicamente necesite de un simple control en un medio hospitalario, avisar por fax, telegrama o telex a la FIA, la cual efectuará, si es el caso, un control médico con ocasión de la próxima prueba en la cual deba de participar el piloto en cuestión (por ejemplo: en Fórmula 1, el próximo Gran Premio, en Rallyes, la próxima carrera del Campeonato FIA, etc.).



Art. 4.- CONTROL ANTI DOPING

4.1.) Disposiciones Generales.

Las medidas aconsejadas para la lucha anti-doping son:

- La prevención
- El control
- La sanción.

4.1.1. La prevención:

La prevención es de competencia conjunta de las ADN y de la FIA mediante:

- La información
- La educación

4.1.2. El Control:

Las reglas descritas a continuación se aplicarán como principio general. En caso de contradicción con la reglamentación antidopaje del país en el que se desarrolle el control, prevalecerá la aplicación de esta última.

4.1.2.1. La lista de referencia de las sustancias (sección I) y de los métodos (sección II) prohibidos es la establecida por el Comité Olímpico Internacional, puesta al día regularmente. Para el Deporte del Automóvil, el alcohol (sección III A), la marihuana (sección III B) y los betabloqueantes (sección III E) serán igualmente investigados.

4.1.2.2. Deben respetarse las siguientes condiciones:

a./ En los lugares en los que se efectúe el control:

- Presencia de un delegado de la ADN o de la FIA designado por los Comisarios Deportivos; que debe asistir al médico encargado de la toma de muestras a los efectos administrativos del control.
- Por respeto a los derechos elementales del piloto controlado: eventualmente, presencia de una persona de su elección.
- Presencia eventual, previo acuerdo del médico encargado de la toma de muestras y del piloto sometido al control, de un médico designado por la ADN y/o por la FIA.
- En todo caso, las actas médicas (cuestionario, muestras de toda sustancia, y el eventual informe médico) no deben ser practicadas más que en presencia exclusiva de un médico encargado de la toma de muestras.

b./ Antes del comienzo del control:

- Toda ingestión o consumo de medicamentos que contengan productos prohibidos debe ser puesta de manifiesto al médico encargado de las tomas de muestras, para ser eventualmente tenida en consideración en caso de justificación terapéutica, y anotada en el acta del control; todos los asistentes a un control están obligados a guardar secreto sobre el mismo.

4.1.2.3. Las muestras serán tomadas:

- a) Bien a petición de la ADN correspondiente.
- b) Bien a petición de la FIA.
- c) Además, a petición del Presidente de la FIA podrán ser practicados controles imprevistos dentro y fuera de las competiciones.

En el caso a) la FIA debe ser advertida con suficiente plazo de tiempo, en el caso b) la FIA debe informar a la ADN correspondiente, al menos 20 días antes del control proyectado. En caso de control imprevisto, no se dará ninguna información previa a las ADN afectadas.

Todo conductor elegido tiene obligación de someterse al control, y en caso de negativa, será enjuiciado al amparo de lo dispuesto en el artículo 4.1.3.. En los casos b) y c) las ADN de los conductores controlados serán informadas de los resultados de los análisis practicados. Solo los laboratorios acreditados por el Comité Olímpico Internacional (CIO) están habilitados para realizar estos análisis.

4.1.2.4. Los resultados de los análisis deben comunicarse inmediatamente al Presidente de la FIA, bien



directamente por el laboratorio que haya efectuado el análisis (control imprevisto FIA), bien por la ADN de donde se ha efectuado el control, en los demás casos.

4.1.2.5. Son responsables de la designación de los conductores a controlar:

- a) En el curso de una carrera: Los Comisarios Deportivos.
- b) Fuera de las carreras: El Presidente de la FIA.

4.1.2.6. En todo caso, los pilotos designados deben recibir una notificación en la que figure obligatoriamente la hora en la que ha sido notificada, así como el lugar en el que será realizado el control. Esta notificación, escrita en doble ejemplar, debe ser firmada por el piloto designado; uno de los ejemplares se le entrega al piloto, y el otro se entrega al médico encargado de la toma de muestras, y una copia de este último se entrega al Presidente del Colegio de Comisarios Deportivos. El piloto dispone de un plazo máximo de una hora para presentarse en el lugar del control.

Se puede remitir una notificación de control:

- Al final de una competición, por carretera o en circuito.
- En el momento de un eventual abandono.
- Al final de una sesión de entrenamientos.
- Al final de un relevo en pruebas de resistencia.
- Al final de una etapa en rallyes.
- En todo momento para los controles fuera de las competiciones.

Cuando el control se practique tomando muestras de orina, la cantidad de orina recogida debe permitir un análisis y un contra-análisis eventual (75 ml. en dos frascos sellados herméticamente con indicación de un certificado del médico delegado, de los que uno de los dos deberá conservarse con todas las precauciones deseables para las necesidades de un contra-análisis eventual).

4.1.2.7. En caso de resultado positivo del análisis practicado sobre una de las muestras, el conductor será avisado de inmediato por su ADN. Un contra-análisis podrá ser practicado a solicitud del interesado en los 8 días siguientes a la notificación de los resultados.

Los gastos de este contra-análisis correrán a cargo del conductor. Estos le serán reembolsados si el segundo análisis saliera negativo.

4.1.3. La Sanción:

Después de tomar en consideración cualquier justificación terapéutica que pudiera ser argumentada, todo conductor declarado positivo será presentado ante la jurisdicción deportiva de su ADN y juzgado conforme indican los artículos 152 y 153 del Código Deportivo.

Además la FIA, para las infracciones que presenten un carácter particularmente grave, podrá sustituir a la ADN para enjuiciar al conductor declarado positivo, conforme a los artículos citados mas arriba.

En este caso, la ADN competente no podrá rechazar presentar una apelación al Tribunal Internacional de Apelación por parte del afectado.

Art. 5.- COMISIÓN DE APELACIÓN

En cada país, una Comisión Médica nombrada por la ADN, será llamada a resolver los eventuales conflictos entre los médicos y los pilotos interesados, tomando como base de discusión los artículos 1.3. y 1.4. del presente reglamento.

Podrá, en ciertos, casos tener lugar, una prueba de conducción en presencia de un médico miembro de la Comisión o designado por la Autoridad Deportiva Nacional.

Las conclusiones de la Comisión Nacional serán reconocidas y aceptadas por los demás países, bajo la jurisdicción deportiva de la Federación Internacional del Automóvil.



Art. 6. REGLAMENTACIÓN DE LOS ESTUDIOS FISIOLÓGICOS DURANTE LA CELEBRACIÓN DE PRUEBAS AUTOMOVILÍSTICAS

6.1.) Consideraciones Generales:

Los estudios fisiológicos que tengan lugar en el transcurso de una competición, o en los entrenamientos que la preceden, no podrán en ningún momento y por ninguna razón, entorpecer el desarrollo normal de esta prueba. En consecuencia, y para todas las pruebas de competencia de la FIA, estos estudios deberán estar sujetos a la reglamentación que se describe a continuación.

6.2.) Elección del tema de la experimentación:

- a) El tema elegido para un estudio fisiológico sobre el terreno se deja a la elección del médico-investigador. Sin embargo, éste deberá informar de todas formas sobre el tema de su estudio al médico responsable de la prueba en la que será efectuado, tras la aprobación médica nacional de la ADN.
- b) Los responsables médicos de una ADN pueden ser los que decidan en su caso una investigación fisiológica en su país, y los que designen uno o varios médicos investigadores.
- c) La Comisión Médica FIA podrá por su parte promover en el campo internacional, campañas de estudios fisiológicos sobre un tema de interés general que ella hubiese determinado, informando en consecuencia a las Autoridades Médicas de los países afectados, cuando existan, y en todos los casos a las Autoridades Deportivas de estos países.

6.3.) Condiciones de realización práctica de un experimento fisiológico:

- a) Que el tema sea elegido por un médico investigador independiente, por una Autoridad Deportiva Nacional, por la Autoridad Deportiva Internacional (Comisión Médica FIA), siendo obligatorio adecuarse a los siguientes puntos, para asegurar su realización práctica:
 - Acuerdo del Organizador y del Director de Carrera.
 - Acuerdo del Médico Jefe.
 - Acuerdo del Concursante.
 - Acuerdo del o de los pilotos, si no fuesen ellos los propios concursantes. La voluntariedad de los pilotos sujetos del estudio es indispensable.
- b) En todos los casos, se deberá hacer una solicitud escrita al médico responsable de la prueba y al organizador, describiendo el proceso y detallando:
 - El contenido, volumen y emplazamiento del material médico necesario para la experimentación.
 - El lugar y el tiempo necesario para la experimentación, precisando claramente, si se desarrolla en el transcurso de una carrera en circuito, durante los entrenamientos o en el curso de la misma prueba. Igualmente para los rallyes, se especificará si se hace en el transcurso de un tramo cronometrado o en un recorrido de enlace.
 - El número de personas que componen el equipo médico de investigación, incluido el personal médico, siendo sometido a la aprobación del organizador.
 - El desarrollo de un estudio fisiológico no deberá en ningún caso afectar a los concursantes y pilotos no involucrados, sea en su box (garaje), durante la carrera o durante los entrenamientos.

6.4.) Utilización de los datos científicos obtenidos:

- a) Como es lógico, los trabajos científicos serán de la entera propiedad de los médicos investigadores. En consecuencia, ellos son completamente libres para efectuar las publicaciones o difusión que decidan.
- b) No obstante, están obligados a comunicar los resultados a su Autoridad Deportiva Nacional, quien facilitará a su vez un resumen a la FIA.



Seminario 2003

RESUMEN SERVICIOS MEDICOS PARA PRUEBAS AUTOMOVILISTICAS

	Rallye	Montaña	Circuitos	R. Tierra	R. T.T.	Autocross	Trial 4x4
Jefe Medico acreditado RFEdeA	SI en Dirección de Carrera	SI	SI	SI en Dirección de Carrera	SI en Dirección de Carrera	SI	SI
Plan de Seguridad	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Plan de evacuación	SI detallado para cada TC	SI	SI	SI detallado para cada TC	SI para cada Etapa	SI	SI
Alerta Hospitales de referencia	SI 15 días antes	SI 15 días antes	SI 15 días antes	SI 15 días antes	SI 15 días antes	SI 15 días antes	SI 15 días antes
Vehículo de Intervención rápida	Salida cada 12 Kms	Salida intermedio >5 Kms	SI	SI	SI adaptado al terreno mínimo cada 50 kms.	SI	SI Adaptado al terreno
Ambulancia asistencial medicalizada SVA	Salida cada TC	Salida	SI	SI	Salida y cada 200 kms.	SI	SI
Ambulancia asistencial SVB	Salida y cada 12 Kms	Salida	SI	SI	Salida y Parques de Asistencia	SI	SI
Equipo de Rescate y descarceración	Opcional	Opcional	SI	Opcional	Opcional	Opcional	Opcional
Helicóptero Evacuación >1:30 h	Alertado	Alertado	Alertado	Alertado	Alertado	Alertado	Alertado
Servicio medico para el publico	Zona de Asistencia	Zona de Asistencia	SI	SI	Zona de Asistencia	SI	
Comunicaciones Dirección de Carrera Puestos de Socorro	Teléfono o Radio (efectivo)	Teléfono o Radio (efectivo)	Teléfono o Radio (efectivo)	Teléfono o Radio (efectivo)	Teléfono o Radio (efectivo)	Teléfono o Radio (efectivo)	Teléfono o Radio (efectivo)



Seminario 2003

REAL FEDERACION ESPAÑOLA DE AUTOMOVILISMO INFORME SERVICIOS MEDICOS

Nombre de la Prueba	Fecha:
Observador	

Nombre Medico Jefe	Lic.	Tf:	Email
--------------------	------	-----	-------

	Si / no	Observaciones
Plan General de Seguridad ajustado a normativa.		
Jefe médico conocedor de los sistemas de seguridad del Rallye		
Reunión de coordinación previa de los médicos y responsables de seguridad.		
Coordinación efectiva desde dirección de carrera de los sistemas de seguridad del Rallye.		
Comunicación efectiva con todos los puntos de S.O.S. del Rallye (90%) y todos los operativos de seguridad.		
Helicópteros		

HOSPITALES Nombre	Avisado >15 días	Serv. Urgencias	Traumatol ogía	UCI	Neurocirug ía	Quemados	Heli puerto	Observaciones

PARQUES y ZONAS	Salida	Asistencia	Repostaje	Llegada	
Médico					
Equipo Sanitarios					
Ambulancia Soporte Vital Básico					
Área Sanitaria					



Seminario 2003

Extinción de incendios					
------------------------	--	--	--	--	--



Seminario 2003

**REAL FEDERACION ESPAÑOLA DE AUTOMOVILISMO
INFORME SERVICIOS MEDICOS**

Informe Tramos Cronometrados – incluir un formulario por cada tramo

Nombre de la Prueba			Fecha:			
TRAMO CRONOMETRADO		Kms	Salida	12 Km.	25Km	Otros
Médico de Urgencia	Especialidad					
Médico Reanimador	Especialidad					
Vehículo de intervención rápida		Tipo				
Ambulancia Soporte Vital Avanzado: Valorar equipamiento						
Ambulancia Soporte Vital Básico: Valorar equipamiento						
Equipo de rescate y desincarceración: Valorar equipamiento						
Extinción de incendios						
Helicóptero: Valorar equipamiento						
Comunicación Telefónica / radio independiente de los vehículos de los operativos de seguridad.						
Rutas de evacuación operativas						
Distancia al Hospital General más próximo						

	Medico reanimador	Medico de urgencia	Vehículo actuación rápida	Ambulan. USVA UVImóvil	Ambulan. USVB	Rescate y desincarceración	Extinción de incendios	Helicóptero
TOTAL EQUIPOS POR TRAMO CRONOMETRADO								

Descripción Incidencias, accidentes y actuaciones

* Criterios de evaluación:

- 1 .- Nivel muy elevado superior a las exigencias y expectativas normales
- 2 .- Nivel de calidad esperado, perfecto para obtener la calidad o nivel requerido
- 3 .- Nivel inferior a lo requerido, aunque aceptable con matizaciones.



Seminario 2003

4 .- Nivel insuficiente y realmente inferior a lo estipulado, necesita una mejora considerable

ORDENACIÓN Y NORMATIVA



REAL DECRETO 619/1998, DE 17 DE ABRIL, POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS CARACTERISTICAS TECNICAS, EL EQUIPAMIENTO SANITARIO Y LA DOTACION DE PERSONAL DE LOS VEHÍCULOS DE TRANSPORTE SANITARIO POR CARRETERA.

El Reglamento de la Ley de Ordenación de los Transportes Terrestres, aprobado por el Real Decreto 1211/1990, de 28 de septiembre, establece, en su artículo 134.1, que las características técnicas, así como el equipamiento sanitario y la dotación de personal de cada uno de los distintos tipos de vehículos sanitarios serán determinados por Real Decreto a propuesta conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Fomento.

Por otro lado, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece en su artículo 40.7 que la Administración General del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, determinará con carácter general las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios sanitarios; precepto que goza de la condición de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16.a de la Constitución, conforme establece el artículo 2 de la precitada Ley.

Con objeto de dar cumplimiento a lo dispuesto en las normas citadas, este Real Decreto establece las características, equipamiento y dotación mínimos que habrán de reunir los vehículos que hayan de destinarse a la presentación de servicios de transporte sanitario al amparo de la correspondiente autorización, y ello sin perjuicio de que los citados vehículos cumplan, asimismo, las exigencias establecidas en las normas vigentes en materia de homologación y de tráfico, circulación y seguridad vial.

Finalmente, es de hacer constar que en la tramitación de este Real Decreto se ha cumplido el trámite de audiencia a los interesados, así como el procedimiento de información en materia de normas y reglamentaciones técnicas establecido en la Directiva 83/189/CEe del Consejo, de 28 de marzo, y en el Real Decreto 1168/1995, de 7 de julio.

En su virtud, a propuesta de los Ministros de Fomento y de Sanidad y Consumo, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 17 de abril de 1998,

D I S P O N G O:

Artículo 1. Clases de vehículos de transporte sanitario por carretera.

El transporte sanitario por carretera, definido en el artículo 133 de la Ley 16/1987, de 30 de junio, de Ordenación de los Transportes Terrestres, podrá ser realizado por los siguientes tipo de vehículos:

- a) Ambulancias asistenciales: acondicionadas para permitir asistencia técnico-sanitaria en ruta. En esta categoría se consideran incluidas tanto las ambulancias des tinadas a proporcionar soporte vital básico, como las de soporte vital avanzado, en función del equipamiento sanitario y la dotación de personal que se señala en el anexo de este Real Decreto.
- b) Ambulancias no asistenciales: destinadas al traslado de pacientes en camilla y que, con excepción de los mínimos que se establecen en el anexo de este Real Decreto, no tendrán que estar específicamente acondicionadas ni dotadas para la asistencia médica en ruta.
- c) Vehículos de transporte sanitario colectivo: especialmente acondicionados para el transporte conjunto de enfermos cuyo traslado no revista carácter de urgencia, ni estén aquejados de enfermedades infecto-contagiosas.

Artículo 2. Características de los vehículos.

Las características técnicas, así como el equipamiento sanitario y la dotación de personal de cada uno de los distintos tipos de vehículos previstos en el artículo anterior, son los determinados en el anexo de este Real Decreto, que tendrán el carácter de requisitos mínimos.

Disposición adicional primera. Régimen sancionador.

1. El incumplimiento de las condiciones de la autorización de transporte sanitario será sancionado de conformidad con lo establecido en la Ley 16/1987, de 30 de julio, de Ordenación de los Transportes Terrestres y sus normas de desarrollo.
2. El incumplimiento de las condiciones de la certificación técnico-sanitaria será sancionado de conformidad con lo dispuesto en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y sus normas de desarrollo.



Disposición adicional segunda. Vehículos procedentes de otros Estados.

Lo dispuesto en este Real Decreto y en su anexo no impedirá la utilización en España de vehículos de transporte

Seminario 2003



REAL DECRETO 619/1998, DE 17 DE ABRIL, POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS CARACTERISTICAS TECNICAS, EL EQUIPAMIENTO SANITARIO Y LA DOTACION DE PERSONAL DE LOS VEHÍCULOS DE TRANSPORTE SANITARIO POR CARRETERA.

El Reglamento de la Ley de Ordenación de los Transportes Terrestres, aprobado por el Real Decreto 1211/1990, de 28 de septiembre, establece, en su artículo 134.1, que las características técnicas, así como el equipamiento sanitario y la dotación de personal de cada uno de los distintos tipos de vehículos sanitarios serán determinados por Real Decreto a propuesta conjunta de los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Fomento.

Por otro lado, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece en su artículo 40.7 que la Administración General del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, determinará con carácter general las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios sanitarios; precepto que goza de la condición de norma básica en el sentido previsto en el artículo 149.1.16.a de la Constitución, conforme establece el artículo 2 de la precitada Ley.

Con objeto de dar cumplimiento a lo dispuesto en las normas citadas, este Real Decreto establece las características, equipamiento y dotación mínimos que habrán de reunir los vehículos que hayan de destinarse a la presentación de servicios de transporte sanitario al amparo de la correspondiente autorización, y ello sin perjuicio de que los citados vehículos cumplan, asimismo, las exigencias establecidas en las normas vigentes en materia de homologación y de tráfico, circulación y seguridad vial.

Finalmente, es de hacer constar que en la tramitación de este Real Decreto se ha cumplido el trámite de audiencia a los interesados, así como el procedimiento de información en materia de normas y reglamentaciones técnicas establecido en la Directiva 83/189/CEE del Consejo, de 28 de marzo, y en el Real Decreto 1168/1995, de 7 de julio.

En su virtud, a propuesta de los Ministros de Fomento y de Sanidad y Consumo, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 17 de abril de 1998,

D I S P O N G O:

Artículo 1. Clases de vehículos de transporte sanitario por carretera.

El transporte sanitario por carretera, definido en el artículo 133 de la Ley 16/1987, de 30 de junio, de Ordenación de los Transportes Terrestres, podrá ser realizado por los siguientes tipo de vehículos:

- a) Ambulancias asistenciales: acondicionadas para permitir asistencia técnico-sanitaria en ruta. En esta categoría se consideran incluidas tanto las ambulancias des tinadas a proporcionar soporte vital básico, como las de soporte vital avanzado, en función del equipamiento sanitario y la dotación de personal que se señala en el anexo de este Real Decreto.
- b) Ambulancias no asistenciales: destinadas al traslado de pacientes en camilla y que, con excepción de los mínimos que se establecen en el anexo de este Real Decreto, no tendrán que estar específicamente acondicionadas ni dotadas para la asistencia médica en ruta.
- c) Vehículos de transporte sanitario colectivo: especialmente acondicionados para el transporte conjunto de enfermos cuyo traslado no revista carácter de urgencia, ni estén aquejados de enfermedades infecto-contagiosas.

Artículo 2. Características de los vehículos.

Las características técnicas, así como el equipamiento sanitario y la dotación de personal de cada uno de los distintos tipos de vehículos previstos en el artículo anterior, son los determinados en el anexo de este Real Decreto, que tendrán el carácter de requisitos mínimos.

Disposición adicional primera. Régimen sancionador.

1. El incumplimiento de las condiciones de la autorización de transporte sanitario será sancionado de conformidad con lo establecido en la Ley 16/1987, de 30 de julio, de Ordenación de los Transportes Terrestres y sus normas de desarrollo.



Seminario 2003



RESOLUCIÓN de 10 de diciembre de 2002, del Consejo Superior de Deportes, por la que se aprueba la lista de sustancias y grupos farmacológicos prohibidos y de métodos no reglamentarios de dopaje en el deporte (BOE 310/2002, de 27.12.02)

La Ley 10/1990, de 15 de octubre, del deporte, en su artículo 56.1 asigna al Consejo Superior de Deportes la competencia de elaborar la lista de sustancias y grupos farmacológicos y de determinar los métodos no reglamentarios destinados a aumentar artificialmente las capacidades físicas de los deportistas o a modificar los resultados de las competiciones, y todo ello de conformidad con lo dispuesto en los Convenios Internacionales suscritos por España y teniendo en cuenta otros instrumentos de este ámbito.

En consecuencia, por Resolución de 24 de mayo de 2001, del Consejo Superior de Deportes, modificada por Resolución de 2 de octubre de 2001, del Consejo Superior de Deportes, este organismo determinó, en el anexo de dicha Resolución, la lista de sustancias y grupos farmacológicos prohibidos y los métodos no reglamentarios de dopaje, de aplicación, en las competiciones deportivas de ámbito estatal o fuera de ellas, a los deportistas con licencia para participar en dichas competiciones.

Una vez que desde entonces las circunstancias han cambiado, y los conocimientos han evolucionado, ha surgido la necesidad de modificar la lista actual, con el fin de adecuarla a lo internacionalmente dispuesto. Con este objetivo, la Comisión Permanente de la Comisión Nacional Antidopaje propuso una nueva lista, la cual fue revisada y aprobada por el Pleno de dicha Comisión, adaptando el texto a las propuestas del Comité Olímpico Internacional y de la Agencia Mundial Antidopaje.

En consecuencia, este Consejo Superior de Deportes ha resuelto determinar una nueva lista, de aplicación en el mismo ámbito que la anterior, y que se encuentra contenida en el anexo de la presente Resolución.

La anterior lista queda derogada.

Lo que pongo en su conocimiento a efectos oportunos.

Madrid, 10 de diciembre de 2002.-El Secretario de Estado-Presidente del Consejo Superior de Deportes, Juan Antonio Gómez-Angulo Rodríguez.

ANEXO

Lista de sustancias y grupos farmacológicos y métodos prohibidos en el deporte

A efectos de la Ley 10/1990, de 15 de octubre, del Deporte, se consideran prohibidos las sustancias, grupos farmacológicos y métodos que se describen a continuación.

Esta Lista será igualmente de aplicación a las Federaciones de Deportes para Sordos, Deportes para Ciegos, Paralíticos cerebrales, Minusválidos físicos y Discapacitados intelectuales, con las excepciones que para cada minusvalía sean establecidas en los correspondientes Reglamentos de control de dopaje federativos, de conformidad con lo dispuesto en la normativa de sus correspondientes Federaciones Deportivas Internacionales y del Comité Paralímpico Internacional.

Sección I. Sustancias y grupos farmacológicos:

- I.1 Estimulantes (tipo A).
 - I.1.1 Estimulantes (tipo A.a).
 - I.1.2 Estimulantes (tipo A.b).
- I.2 Analgésicos narcóticos.
- I.3 Anestésicos locales.
- I.4 Cannabis y sus derivados.
- I.5 Alcohol.
- I.6 Bloqueantes beta-adrenérgicos

Sección II. Sustancias y grupos farmacológicos:

- II.1 Estimulantes (tipo B).
 - II.2 Anabolizantes.
 - II.2.1 Esteroides anabolizantes androgénicos.



- II.2.1.1 Esteroides anabolizantes androgénicos (tipo A).
- II.2.1.2 Esteroides anabolizantes androgénicos (tipo B).
- II.2.2 Otros anabolizantes.
- II.3 Diuréticos.
- II.4 Hormonas peptídicas, sustancias miméticas y análogos.
- II.5 Antagonistas estrogénicos.
- II.6 Glucocorticosteroides.
- II.7 Enmascarantes.

Sección III. Métodos:

- III.1 Incremento en la transferencia de oxígeno.
 - III.1.1 Dopaje sanguíneo.
 - III.1.2 Administración de elevadores de la captación, el transporte o la liberación de oxígeno.
- III.2 Manipulaciones farmacológicas, físicas y/o químicas.
- III.3 Dopaje genético.

Sección I. Sustancias y grupos farmacológicos:

I.1 Estimulantes (tipo A): El grupo farmacológico «Estimulantes (Tipo A)» consta de dos subgrupos: «Estimulantes (Tipo A.a)» y «Estimulantes (Tipo A.b)»

I.1.1 Estimulantes (tipo A.a): El subgrupo farmacológico «Estimulantes (tipo A.a)» está integrado por cualquier sustancia cuya acción y/o efecto farmacológico sea igual o similar al de alguno de los siguientes fármacos, incluidos sus isómeros Dy L-:

Amifenazol.	Etafedrina.	Metoxamina.
Cafedrina.	Etamiván.	Niquetamida.
Cafeína (1).	Etilefrina.	Orciprenalina.
Catina (2).	Fencamfamina.	Pentetrazol.
Clorprenalina.	Fenilpropanolamina (4).	Procaterol.
Cropropamida.	Heptaminol.	Prolintano.
Crotetamida.	Isoprenalina.	Propilhexedrina.
Efedrina (3).	Metaraminol.	Pseudoefedrina (6).
Estricnina.	Metilefedrina (5).	

Notas al grupo I.1.1:

- a) Se acepta el uso por vía local de la Oximetazolina y restantes derivados del Imidazol.
- b) Se autoriza el uso de vasoconstrictores cuando se administran junto con un anestésico local en las condiciones autorizadas para la utilización de estas sustancias.
- c) Se autoriza la administración local (por ejemplo por las vías nasal, oftalmológica o rectal) de la adrenalina.
- d) Se autoriza la utilización de la Fenilefrina y la Sinefrina.

I.1.2 Estimulantes (Tipo A.b)

El subgrupo farmacológico «Estimulantes (Tipo A.b)» está integrado por cualquier sustancia cuya acción y/o efecto farmacológico sea igual o similar al de alguno de los siguientes fármacos, incluidos sus isómeros Dy L-:

Bambuterol.	Reproterol.	Terbutalina (1).
Fenoterol.	Salbutamol (1).	
Formoterol (1).	Salmeterol (1).	

I.2 Analgésicos narcóticos.

El grupo farmacológico «Analgésicos narcóticos» está integrado por cualquier sustancia cuya acción y/o efecto farmacológico sea igual o similar al de alguno de los siguientes fármacos:



Alfaprodina.	Etoheptazina.	Morfina.
Alfentanilo.	Fenazocina.	Nalbufina.
Anileridina.	Fenoperidina.	Nalorfina.
Buprenorfina.	Fentanilo.	Pentazocina.
Butorfanol.	Hidrocodona.	Petidina.
Dextromoramida.	Hidromorfona.	Tilidina.
Diamorfina (Heroína).	Levorfanol.	Trimeperidina.
Dipipanona.	Metadona.	

Notas al Grupo I.2:

a) Cuando en una muestra urinaria se detecte una concentración de Morfina superior a 1 microgramo por mililitro, el correspondiente resultado se considerará positivo.

b) Se autoriza el uso de Codeína, Dextrometorfano, Dextropropoxifeno, Difenoxilato, Dihidrocodeína, Etilmorfina, Folcodina, Propoxifeno y Tramadol.

I.3 Anestésicos locales.

El grupo farmacológico «Anestésicos locales» está integrado por cualquier sustancia cuya acción y/o efecto farmacológico sea igual o similar al ejercido por alguno de los siguientes fármacos:

Bupivacaína.	Mepivacaína.	Procaína.
Lidocaína.	Prilocaína.	Tetracaína

Notas al Grupo I.3:

Sin embargo, y con la excepción de la Cocaína, cuyo uso está prohibido por cualquier vía, se autoriza la utilización de anestésicos locales inyectables con las siguientes condiciones:

a) Cuando se realice sólo mediante inyecciones locales o articulares.

b) Pueden utilizarse junto con vasoconstrictores.

c) Únicamente cuando el médico responsable del deportista considere que la administración está médicamente justificada, en cuyo caso, previamente a la competición y por escrito, deberá comunicarlo a la Comisión médica o antidopaje federativa correspondiente, indicando el diagnóstico, tratamiento, método de aplicación y dosis a emplear, entregando al deportista una copia que éste deberá conservar. Si la necesidad de administración se produce durante la competición, el médico elaborará un informe similar que entregará al responsable de la recogida de muestras para que lo transmita a la citada Comisión.

d) Además, si el deportista es seleccionado para pasar un control de dopaje, deberá declarar en el acta de recogida de muestras la utilización del medicamento que contenga el anestésico local prescrito.

I.4 Cannabis y sus derivados.

El cannabis y sus derivados se considerarán prohibidos por una Federación deportiva española:

a) Cuando a su juicio se considere que su consumo pueda modificar artificialmente el rendimiento deportivo de los deportistas o los resultados de las competiciones.

b) Cuando su correspondiente Federación Internacional los tengan prohibidos.

Nota al Grupo I.4:

Cuando en una muestra urinaria se detecte una concentración del ácido 11-nor-delta-9-tetrahidrocannabinol-9-carboxílico (carboxi-THC) superior a 15 nanogramos por mililitro, el correspondiente resultado se considerará positivo.

I.5 Alcohol.

El alcohol se considerará prohibido por una Federación deportiva española:

a) Cuando a su juicio se considere que su consumo pueda modificar artificialmente el rendimiento deportivo de los deportistas o los resultados de las competiciones.

b) Cuando su correspondiente Federación Internacional lo tenga prohibido.

I.6 Bloqueantes beta-adrenérgicos.

El grupo farmacológico «Bloqueantes beta-adrenérgicos» está integrado por cualquier sustancia cuya acción y/o efecto farmacológico sea igual o similar al de alguno de los siguientes fármacos:



Acebutolol.	Carvedilol.	Nadolol.
Alprenolol.	Celiprolol.	Oxprenolol.
Atenolol.	Esmolol.	Penbutolol.
Betaxolol.	Labetalol.	Pindolol.
Bisoprolol.	Levobunolol.	Propranolol.
Bufarolol.	Mepindolol.	Sotalol.
Bunolol.	Metipranolol.	Timolol.
Carteolol.	Metoprolol.	

Notas al Grupo I.6:

Los bloqueantes beta-adrenérgicos únicamente se considerarán prohibidos por una Federación deportiva española:

a) Cuando a su juicio se considere que su consumo pueda modificar artificialmente el rendimiento deportivo de los deportistas o los resultados de las competiciones.

b) Cuando su correspondiente Federación Internacional lo tenga prohibido.

Sin embargo, cuando la correspondiente Federación Internacional no lo tenga prohibido, o cuando teniéndolo contemple esta posibilidad, se permite la utilización de un bloqueante beta-adrenérgico si el médico responsable del deportista considera que su administración está médicamente justificada, con la condición de que previamente a la competición y por escrito deberá comunicar esta circunstancia a la Comisión médica o antidopaje federativa correspondiente, indicando el diagnóstico, tratamiento, método de aplicación y dosis a emplear, entregando al deportista una copia que éste deberá conservar. Y en este caso, si el deportista es seleccionado para pasar un control de dopaje, obligatoriamente deberá declarar en el acta de recogida de muestras la utilización del medicamento que contenga el bloqueante beta-adrenérgico prescrito.

Sección II. Sustancias y grupos farmacológicos:

II.1 Estimulantes (Tipo B).

El grupo farmacológico «Estimulantes (Tipo B)» está integrado por los estimulantes anfetamínicos y por cualquier otra sustancia cuya acción y/o efecto farmacológico sea igual o similar al de alguno de los siguientes fármacos:

Anfepramona (Dietilpropión).	Etilanfetamina.	Metanfetamina.
Anfetamina.	Fendimetrazina.	Metilendioxfanfetamina.
Anfetaminil.	Fenetilina.	Metilendioxi-etilanfetamina.
Benfluorex.	Fenfluramina.	Metilendioxi-metanfetamina.
Benzfetamina.	Fenmetrazina.	Metilfenidato.
Bromantán.	Fenproporex.	Metoxifenamina.
Carfedón.	Fentermina.	Morazona.
Clobenzorex.	Foledrina.	Norfenfluramina.
Clorfentermina.	Furfenorex.	Parahidroxianfetamina.
Clortermina.	Mazindol.	Pemolina.
Cocaína.	Mefenorex.	Pipradol.
Dexfenfluramina.	Mefentermina.	Pirovalerona.
Dimetanfetamina.	Mesocarb.	Selegilina.

II.2 Anabolizantes.

El grupo farmacológico «Anabolizantes» se subdivide en los grupos «Esteroides anabolizantes androgénicos» y «Otros anabolizantes»

II.2.1 Esteroides anabolizantes androgénicos.

El grupo farmacológico «Esteroides anabolizantes androgénicos» consta de los dos subgrupos «Esteroides anabolizantes androgénicos (tipo A)» y «Esteroides anabolizantes androgénicos (tipo B)»



II.2.1.1 Esteroides anabolizantes androgénicos (tipo A)

El subgrupo farmacológico «Esteroides anabolizantes androgénicos (tipo A)» está integrado por cualquier sustancia cuya acción y/o efecto farmacológico sea igual o similar al de alguno de los siguientes fármacos, así como por sus precursores y metabolitos:

Bolasterona.	Furazabol.	19-Norandrostendiona.
Boldenona.	Gestrinona.	Norboletona.
Calusterona.	Mestanolona.	Noretandrolona.
Clostebol.	Mesterolona.	Oxabolona.
Danazol.	Metandienona.	Oxandrolona.
	Metandriol.	Oximesterona.
Dehidroclorometiltestosterona.	Metenolona.	Oximetolona.
Drostanolona.	Metiltestosterona.	Quimbolona.
Estanozolol.	Mibolerona.	Trembolona.
Fluoximesterona.	Nandrolona.	
Formebolona.	19-Norandrostendiol.	

Nota al Subgrupo II.2.1.1:

Un resultado se considerará positivo cuando en la correspondiente muestra se detecte una concentración urinaria de 19-Norandrosterona superior a:

- 2 nanogramos por mililitro, en caso de que la muestra pertenezca a un deportista del sexo masculino, o
- 5 nanogramos por mililitro, en caso de que la muestra pertenezca a una deportista del sexo femenino.

II.2.1.2 Esteroides anabolizantes androgénicos (tipo B)

El subgrupo farmacológico «Esteroides anabolizantes androgénicos (tipo B)» está integrado por cualquier sustancia cuya acción y/o efecto farmacológico sea igual o similar al de alguno de los siguientes fármacos:

- Androstendiol.
- Androstendiona.
- Dihidrotestosterona (Androstanolona).
- Prasterona (Dehidroepiandrosterona, DHEA).
- Testosterona (1).

A. Cuando por primera vez para un deportista en una muestra de orina se obtenga un cociente T/E superior a 6, inicialmente deberán realizarse las actuaciones establecidas en los casos de detección analítica de alguna sustancia, método de dopaje o manipulación prohibidos. Estas actuaciones deberán ser complementadas con las siguientes:

1. Una revisión de los parámetros del perfil esteroideo urinario (metabólico) de los controles de dopaje precedentes que se hayan efectuado al deportista implicado (máximo de los tres años anteriores) y que reglamentariamente se encuentren a disposición.
2. Realización, al deportista, de controles obligatorios complementarios de seguimiento, en competición o fuera de competición, y sin preaviso en todos los casos. Estos controles serán de dos como mínimo, durante el período máximo de los tres meses siguientes a la fecha de emisión del resultado que origine el seguimiento. Todas estas muestras deberán ser tratadas analíticamente, además de como específicas de seguimiento de la muestra de referencia para la Testosterona (circunstancia que obligatoriamente deberá informarse al laboratorio que las vaya a analizar al enviarlas al mismo, indicando los códigos de la muestra origen del seguimiento) como muestras de control de dopaje a efectos de detección de cualquier otra sustancia o método recogido en esta Resolución.
3. Si el deportista explícitamente lo solicita en el mismo plazo establecido para la solicitud de contraanálisis, se realizará al mismo, a su cargo y en el plazo máximo de un mes a partir de la fecha de emisión del resultado que origine el seguimiento indicado, un estudio cuyo procedimiento, analítica y evaluación apruebe la Comisión Nacional Antidopaje, el cual debe estar basado en la investigación de los valores absolutos y relativos de los parámetros urinarios del perfil hormonal esteroideo (metabólico) y de los de en su caso relacionados con ellos.



4. Siempre que sea factible, se realizará un estudio de las relaciones isotópicas a la muestra de referencia para la Testosterona o precursores o metabolitos suyos. Asimismo, se realizará un análisis de relaciones isotópicas a muestras que sean determinadas cualitativa y cuantitativamente por el propio laboratorio según sus criterios de evaluación, de entre las obtenidas en las actuaciones descritas en los anteriores puntos 1, 2 y 3 de este apartado A.

5. En caso de que el deportista rehuse, o en el mismo plazo establecido para solicitar el contraanálisis no solicite este estudio descrito en el anterior punto 3 de este apartado A, el resultado del control de la muestra que origine el seguimiento se considerará positivo con respecto a la Testosterona, y no se realizarán los procedimientos anteriormente descritos.

B. Cuando en una muestra de orina se obtenga un cociente T/E superior a 6, y la misma corresponda a un deportista al que ya se le hayan realizado las actuaciones descritas en los anteriores puntos 1, 2, 3 y 4 del apartado A, además de revisar los parámetros del perfil hormonal urinario (metabólico) de los controles de dopaje precedentes que se hayan efectuado al deportista (máximo de los tres años anteriores), y que reglamentariamente se encuentren a disposición, se podrán llevar a efecto actuaciones complementarias del

anterior apartado A, para confirmar que los resultados siguen las pautas consideradas como normales en él y que se encuentran dentro del perfil estadístico conocido del historial analítico de control del dopaje de este deportista en lo que se refiere a la sustancia de referencia.

En este caso, a esa muestra origen de actuaciones, y concretamente a su submuestra «A» y/o «B», se le realizará un estudio analítico por GC/C/IRMS, que en su caso podrá ser complementado con otro/s realizado/s, también por GC/C/IRMS, a otra/s muestra/s de las obtenidas en controles del deportista (por ejemplo de los controles complementarios de seguimiento indicados anteriormente).

Si se realizan estas actuaciones complementarias, tanto las consideradas en el apartado A. como en el apartado B, una vez finalizadas éstas, el laboratorio que haya analizado la muestra de referencia, origen de todas las actuaciones posteriores, emitirá un informe, integrado por todos los datos obtenidos en los procedimientos descritos.

En el caso de que alguno de estos procedimientos no se realice en el mismo laboratorio, de entre los autorizados para ello, que haya analizado la muestra origen de seguimiento, todos los datos obtenidos en dichos procedimientos deben remitirse a ese laboratorio, el cual los evaluará y en consecuencia deberá concluir si el resultado para la muestra origen del seguimiento debe ser considerado como positivo, negativo o, en su caso, no evaluable. Este informe se adjuntará al resto de la correspondiente documentación que debe remitirse a los órganos preceptivos.

Nota al Subgrupo II.2.1.2:

Las pruebas obtenidas a partir de los perfiles metabólicos y/o del estudio de las relaciones isotópicas pueden utilizarse para llegar a conclusiones definitivas con respecto a todas las sustancias de este Subgrupo.

II.2.2 Otros anabolizantes.

El grupo farmacológico «Otros anabolizantes» está integrado por:

Clenbuterol.

Salbutamol (1).

II.3 Diuréticos.

El grupo farmacológico «Diuréticos» está integrado por cualquier sustancia cuya acción y/o efecto farmacológico sea igual o similar al de alguno de los siguientes fármacos:

Acetazolamida.

Acido etacrínico.

Altizida.

Amilorida.

Bendroflumetiazida.

Benztiiazida.

Bumetanida.

Ciclotiazida.

Clopamida.

Clormerodrina.

Clortalidona.

Diclofenamida.

Espironolactona.

Etozolina.

Furosemida.

Hidroclorotiazida.

Indapamida.

Isosorbida.

Manitol (1).

Mebutizida.

Mersalil.

Metolazona.

Piretanida.

Teclotiazida.

Torasemida.

Triamterene.

Triclorometiazida.

Xipamida.



II.4 Hormonas peptídicas, sustancias miméticas y análogos.

El grupo farmacológico «Hormonas peptídicas, sustancias miméticas y análogos» está integrado por cualquier sustancia cuya acción y/o efecto farmacológico sea igual o similar al de alguno de los siguientes fármacos indicados como ejemplo y al de sus análogos y sustancias miméticas:

- a) Gonadotrofina coriónica (hCG).
- b) Gonadotrofinas de origen hipofisiario y sintéticas (LH).
- c) Corticotrofinas (ACTH, Tetracosáctido).
- d) Hormona del crecimiento (hGH)
- e) Somatomedina C (IGF-1), y todos sus respectivos factores liberadores, así como sus análogos.
- f) Eritropoietina (Epoetina alfa, EPO)
- g) Insulina (1).

Nota al Grupo II.4:

Para las hormonas endógenas pertenecientes al grupo II.4, un resultado se considerará positivo cuando sus concentraciones urinarias (o las de sus indicadores de diagnosis) en la muestra sean anormales y esté incuestionablemente documentado que ello no se debe a causas fisiológicas o patológicas.

II.5 Antagonistas estrogénicos.

El grupo farmacológico «Antagonistas estrogénicos» está integrado por cualquier sustancia cuya acción y/o efecto farmacológico sea igual o similar al ejercido por alguno de los siguientes fármacos:

Inhibidores de la aromatasas.

Ciclofenil (1).

Clomifeno (1).

Tamoxifeno (1).

II.6 Glucocorticosteroides.

El grupo farmacológico «Glucocorticosteroides» está integrado por cualquier sustancia cuya acción y/o efecto farmacológico sea igual o similar al ejercido por alguno de los siguientes fármacos:

Beclometasona.	Fludrocortisona.	Parametasona.
Betametasona.	Fluocinolona.	Prednisolona.
Cortisona.	Hidrocortisona.	Prednisona.
Dexametasona.	Metilprednisolona.	Triamcinolona.

Notas al Grupo II.6:

Está prohibido el uso sistémico de glucocorticosteroides cuando se administran por vía oral o rectal, o por inyección intravenosa o intramuscular.

Cuando el médico responsable del deportista considere que está médicamente justificada la administración de glucocorticosteroides en inyecciones locales e intra-articulares, se autoriza su uso por estas vías. Sin embargo en este caso estas circunstancias deberá comunicarlas, previamente a la competición y por escrito, a la Comisión médica o antidopaje federativa correspondiente, indicando el diagnóstico, tratamiento, método de aplicación y dosis a emplear, entregando al deportista una copia que éste deberá conservar. En caso de necesidad justificada durante una competición, el médico que realice este uso deberá escribir esta comunicación y suministrarla al responsable de la recogida de muestras en la competición.

Además, si el deportista es seleccionado para pasar un control de dopaje, deberá declarar en el acta de recogida de muestras el uso del medicamento que contenga el glucocorticosteroide prescrito y la forma, de entre las permitidas, de utilización.

II.7 Enmascarantes.

El grupo farmacológico «Enmascarantes» está integrado por cualquier sustancia con la capacidad de obstaculizar la excreción de sustancias prohibidas, o de disimular su presencia en las orinas u otras muestras recogidas en el control del dopaje, y en todo caso por cualquier sustancia cuya acción y/o efecto farmacológico sea igual o similar al ejercido por alguno de los siguientes fármacos:

Diuréticos (Descritos en el grupo II.1.3).

Epitestosterona (1).



Probenecida.

Sustitutos de plasma, como el hidroxietilalmidón.

Sección III. Métodos

III.1 Incremento en la transferencia de oxígeno.

III.1.1 Dopaje sanguíneo.

Se define como dopaje sanguíneo la administración de sangre autóloga, homóloga o heteróloga, de hematíes o de productos similares de cualquier origen, realizada con fines distintos a los terapéuticos.

III.1.2 Administración de productos elevadores de la captación, el transporte o la liberación de oxígeno.

A estos efectos se prohíbe el uso de productos basados en hemoglobinas naturales o sintéticas, como las hemoglobinas bovinas y reticuladas, los productos basados en hemoglobinas microencapsuladas, los perfluorocarbonos y la RSR 13.

III.2 Manipulaciones farmacológicas, físicas y/o químicas.

Se consideran manipulaciones farmacológicas, físicas y/o químicas, sin limitaciones, la utilización de sustancias y el uso de métodos, incluidos los enmascarantes descritos en el grupo II.1.7, que modifican, pueden modificar o podrían modificar la integridad y la validez de las muestras recogidas en el control del dopaje, como:

La cateterización y/o el sondaje vesical.

La Sustitución y/o la alteración de la orina.

La inhibición de la secreción renal.

La alteración de las medidas realizadas respecto la Testosterona y la Epitestosterona

III.3 Dopaje genético.

Se define como dopaje genético el uso no terapéutico de genes, elementos genéticos o células que tengan la capacidad de incrementar el rendimiento deportivo.

(1) Para la Cafeína, un resultado se considerará positivo cuando su concentración urinaria en la correspondiente muestra sea superior a 12 microgramos por mililitro.

(2) Para la Catina, un resultado se considerará positivo cuando su concentración urinaria en la correspondiente muestra sea superior a 5 microgramos por mililitro.

(3) Para la Efedrina, un resultado se considerará positivo cuando su concentración urinaria en la correspondiente muestra sea superior a 10 microgramos por mililitro.

(4) Para la Fenilpropanolamina, un resultado se considerará positivo cuando su concentración urinaria en la correspondiente muestra sea superior a 25 microgramos por mililitro.

(5) Para la Metilefedrina, un resultado se considerará positivo cuando su concentración urinaria en la correspondiente muestra sea superior a 10 microgramos por mililitro.

(6) Para la Pseudoefedrina, un resultado se considerará positivo cuando su concentración urinaria en la correspondiente muestra sea superior a 25 microgramos por mililitro.

7(1) El Formoterol, el Salbutamol, el Salmeterol y la Terbutalina pueden utilizarse excepcionalmente a dosis terapéuticas en inhalación, si su utilización, por prescripción facultativa, está terapéuticamente justificada para prevenir y/o tratar el asma y el asma inducida por el esfuerzo. Cuando a juicio del médico responsable del deportista no exista ninguna otra alternativa terapéutica, este médico deberá elaborar, antes de la competición, un informe que remitirá a la Comisión médica o antidopaje federativa correspondiente, con copia que el deportista ha de conservar. Este informe estará obligatoriamente integrado por los siguientes documentos:

1. Receta médica.
2. Historia clínica con:
 - a) Antecedentes.
 - b) Síntomas principales.
 - c) Diagnóstico de enfermedad respiratoria.
 - d) Tratamiento y dosis a emplear.



Seminario 2003

e) Pruebas efectuadas, así como las fechas en que se realizaron. Entre estas pruebas deben realizarse como obligatorias pruebas funcionales respiratorias pre- y postesfuerzo.

La historia clínica, una vez completada y firmada por el médico responsable, tendrá validez desde el día siguiente de su emisión, y durante el plazo temporal indicado por prescripción facultativa.

3. Además, si el deportista es seleccionado para pasar un control del dopaje, deberá declarar en el acta de recogida de muestras la utilización del medicamento que contenga la sustancia prescrita.

8(1) Para la Testosterona, un resultado se considerará positivo cuando el cociente entre las concentraciones urinarias de Testosterona (T) y Epitestosterona (E) en la correspondiente muestra sea superior a 6, siempre que no se pueda demostrar que la elevación de dicho cociente se debe a causas fisiológicas o patológicas, como por ejemplo una baja excreción de Epitestosterona, un tumor con origen androgénico o deficiencias enzimáticas.

9(1) Para el Salbutamol, como sustancia prohibida en este grupo, un resultado se considerará positivo cuando la concentración urinaria de Salbutamol no sulfatado en la correspondiente muestra sea superior a 1000 nanogramos por mililitro.

10(1) Se autoriza el uso del Manitol cuando este principio activo figure como excipiente en la composición del medicamento a utilizar, prohibiéndose sólo si se administra mediante inyección intravenosa.

11(1) Se permite el uso de Insulina sólo en el tratamiento de diabetes insulino-dependientes. Cuando concurra esta circunstancia, el médico responsable del deportista deberá comunicarlo, previamente a la competición y por escrito, a la Comisión médica o antidopaje federativa correspondiente, adjuntando el certificado correspondiente emitido por un médico especialista.

12(1) Prohibidos sólo en los deportistas del sexo masculino

13(1) La concentración de Epitestosterona urinaria permitida es igual o inferior a 200 ng/ml. En el caso de medirse una concentración urinaria superior de esta sustancia, deberán realizarse las actuaciones establecidas en los puntos 1 y 2 del Apartado A correspondientes a (1) de II..2.1.2.



Seminario 2003

- Ventilación mecánica
 - Reserva de oxígeno
 - Aparatos de succión
 - Inmovilizador de heridas (beanbag) recomendado KED o equivalente
 - Kit de entubación
 - Kit de traqueotomía o mini-traqueotomía
 - Kit con instrumentos quirúrgicos esterilizados incluyendo "clamps" vasculares
 - Apósitos esterilizados para quemaduras serias
 - Aparatos para inyección venosa central o periférica
 - Aparatos para drenaje torácico improvisado
 - Varias soluciones cristalizadoras, en particular aquellos que contienen moléculas en gran número (moléculas dilatadoras)
 - Unidad "defibrillation" (recomendada)
 - Aparatos para comprobar el funcionamiento del corazón (y posiblemente de transmisión remota)
 - Dispositivos hinchables o rígidos para la posición y retención de fracturas
 - Collarines cervicales
- Opcional:
- Traje hinchable anti-shock
 - Aparatos de tracción vertical
- b) Equipo que no está en el listado:

2. AMBULANCIAS NORMALES

Nº total para el rally:

¿En la salida de cada T.C.?

¿En puntos intermedios?

3. VEHÍCULOS DE INTERVENCIÓN MÉDICA

(uno a la salida de cada T.C., adaptado al terreno, y uno en cada punto intermedio: máximo 15km.)

Nº total para el rally:

SI NO

Vehículos de tracción a dos ruedas

4x4

En la salida de cada T.C.

En los puntos intermedios

equipamiento y uso exclusivamente médico

equipamiento y uso mixto

Si el uso es exclusivamente médico, es obligatorio un "vehículo de rescate"

Equipamiento obligatorio F.I.A.:

SI NO

Transmisor-receptor de radio

Beanbag (recomendado)



KED o equivalente (recomendado)

CAMILLA obligatoria

I) ASISTENCIA RESPIRATORIA:

- máquina de succión portátil
- una selección completa de catéters de succión + 1 ventosa Yankauer
- una bolsa auto-hinchable con reserva de O2 con válvula reductora y conectores apropiados
- cánula Guedel tamaño 3 (x2), tamaño 4 (x2)
- vía respiratoria nasofaríngea tamaño 7 (x2)
- larngoscopio para adultos y baterías/bujías extras
- tubos bucales "cuffed" endotraqueales tamaño 7 (x2), tamaño 8 (x2), con conectores adecuados y dispositivo inflable "cuff"
- equipo mini-traqueotomía y de drenaje torácico (recomendado)

II) CERVICAL:

- collarines cervicales rígidos para adultos x 2

III) SOPORTE CIRCULATORIO:

- kit de suero IV x 4
- kit de transfusión IV x 4
- cánula IV – tamaño 14x3 / tamaño 16x3
- "colloid" – 2 litros (p.e. Hemacell) recomendado
- solución cristalizadora
- suero – 2 litros ("Ringer lactate")
- tensiómetro + estetoscopio

IV) APÓSITOS:

- selección de gasas, incluyendo 10 gasas "dressings"
- apósitos para quemaduras serias (p.e. "Water Gel Pack")

V) MEDICAMENTOS:

- Medicamentos de resusitación utilizados en el país

Sólo como recomendación, se aconsejan las siguientes sustancias:

- medicamentos para problemas respiratorios
- medicamentos para problemas cardiovasculares
- medicamentos analgésicos o "spasmolytic"
- medicamentos sedantes y anti-epilépticos
- esteroides
- medicamentos para entubación y anestesia

Este listado no es restrictivo y se deja a discreción individual

4. OTROS VEHÍCULOS MÉDICOS UTILIZADOS PARA LOS PUESTOS INTERMEDIOS (en lugar de los vehículos de intervención médica descritos en 3)?

SI NO

Tracción a dos ruedas

4x4

(equipamiento médico para emergencias respiratorias o circulatorias, tipo bolsa SAMU, a determinar por el jefe de servicios, si es posible KED o equivalente)



Seminario 2003

5. HELICÓPTERO médico o HELICÓPTERO no médico (excluyendo al helicóptero F.I.A.)

¿Nº total? sólo es obligatorio un helicóptero médico. En ese caso debe estar equipado para evacuar al menos una víctima)

Equipamiento de resusitación (ver listado)

Un médico competente en resusitación debe estar presente a bordo al menos en uno de los helicópteros. Para rallyes que se disputan en terreno accidentado, también debe ser competente en rescate de montaña; si no lo es, se requiere un médico (o paramédico) competente en tales circunstancias.

Nº1: Perteneciente a la organización	SI/NO		
Perteneciente a un servicio de rescate público o privado			
SI/NO			
¿nº de heridos acostados?			
Presencia de un médico competente en resusitación			
SI/NO			
Presencia de un médico especialista en rescate en terreno accidentado			
SI/NO			
Si es así, ¿son estos médicos la misma persona?			
Nº2: Perteneciente a la organización	SI/NO		
Perteneciente a un servicio de rescate público o privado			
SI/NO			
¿nº de heridos acostados?			
Presencia de un médico competente en resusitación			
SI/NO			
Presencia de un médico especialista en rescate en terreno accidentado			
SI/NO			
Si es así, ¿son estos médicos la misma persona?			
Nº3: Perteneciente a la organización	SI/NO		
Perteneciente a un servicio de rescate público o privado			
SI/NO			
¿nº de heridos acostados?			
Presencia de un médico competente en resusitación			
SI/NO			
Presencia de un médico especialista en rescate en terreno accidentado			
SI/NO			
Si es así, ¿son estos médicos la misma persona?			
Equipamiento:	1º	2º	3º
	SI/NO	SI/NO	SI/NO
kit IV			
Respirador			
ECG/"Defibrillator"			
Oxígeno			
"Winching" del helicóptero			
Otro equipamiento para rescate en montaña			
Otro equipamiento para resusitación			
KED o equivalente			
"Beanbag"			



Seminario 2003

6. UNIDAD MEDICA EN EL PARQUE DE ASISTENCIA:

SI NO

Equipamiento para resusitación idéntica al listado F.I.A. para ambulancias de resusitación y vehículos de intervención médica:

Sí No

Camas de intervención (mínimo 2 recomendadas)

Sí ¿Cuántas?.....

No

Camas de observación

Cualquier equipamiento adicional:

7. PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO EN LOS T.C.

Un médico competente en resusitación es obligatorio en la salida de cada T.C.

En los puestos intermedios, debe reemplazarse por un paramédico competente en resusitación, pero sólo en un puesto de cada dos.

La distancia entre 2 puestos médicos no debe ser mayor de 15 kms. (10 kms. recomendado)

Número total de médicos de resusitación para el rally:

Número total de otros médicos

Número total de paramédicos competentes en resusitación instalados en puestos intermedios:

La lista nominal definitiva debe entregarse al delegado médico de la F.I.A. antes de la 1ª etapa (por favor utilice el formulario adjunto)

SS Nº	SALIDA Nombre Calificación	INTER 1 Nombre Calificación	INTER 2 Nombre Calificación	INTER 3 Nombre Calificación	INTER 4 Nombre Calificación	INTER 5 Nombre Calificación



Seminario 2003

8. HOSPITALES CERCANOS Y QUE DAN UNA RESPUESTA POSITIVA:

Las respuestas de los hospitales deben presentarse al delegado médico de la F.I.A. antes de la 1ª etapa

ETAPA N°	ESPECIALIDAD	NOMBRE Y LUGAR	JEFE DEL DEPARTAMENTO
ETAPA 1	Heridas múltiples		
	Cirugía general		
	Neurocirugía		
	Cardiorácico		
	Quemaduras severas		
	Ortopédico		

(hay que seguir la tabla para etapa 2 y 3. Ver el original)

9. RESPONSABILIDAD

Es responsabilidad del jefe médico y de la secretaria de los comisarios deportivos completar este cuestionario y devolverlo al inspector controlador.

I) EL ABAJO FIRMANTE

Jefe médico del _____ Confirma que ha contactado con los hospitales nombrados, y asume entregar, antes de la primera etapa del rally, las respuestas de los hospitales contactados y la lista del personal médico presente en el rally. También confirmo que el material mencionado en este cuestionario estarán presentes en la cantidad y calidad requerida durante la duración del rally. Fecha:

Firma:

