

# Los retos de la Sanidad Militar

J. Rodríguez Hernández<sup>1</sup>

*Med Mil (Esp) 1996;52 (3): 233-235*

Por su gran interés para todos los sanitarios militares, reproducimos este artículo, publicado recientemente en la *Revista Española de Defensa* (mayo de 1996). Véase el comentario editorial de este número de *Medicina Militar*.

La Redacción

A la hora de analizar la situación de la Sanidad Militar en nuestro país debe tenerse en cuenta un dato fundamental: su doble naturaleza en cuanto cuerpo sanitario y militar. Como parte de la estructura sanitaria, la Sanidad Militar no puede sustraerse de los problemas propios de ésta ni, por tanto, de un proceso de cambio que ha puesto en revisión el sistema de salud pública en el marco del replanteamiento general del Estado del bienestar. Su naturaleza militar, por otro lado, determina la aparición de características específicas que condicionan tanto su organización y ejercicio como su inclusión en el proceso de reforma sanitaria antes referido. Si los cambios en el sistema sanitario se centran en los criterios de gestión y eficiencia del servicio, en el ámbito militar, las profundas transformaciones que afectan a la configuración, despliegue y misiones de los ejércitos en el nuevo contexto internacional implican una necesaria transformación de algunos de los principios de nuestra Sanidad Militar, privilegiando la vertiente logístico-operativa sobre la hospitalaria-asistencial y recuperando con ello su verdadera razón de ser.

La labor de conjugar ambos principios, la eficiencia en la prestación del servicio sanitario y la máxima operatividad de nuestras unidades como parte integrante del Apoyo a la Fuerza, debe constituir, y de hecho así ha sido, un objetivo irrenunciable de toda reforma en este ámbito. Sin embargo, y pese al esfuerzo realizado en tal sentido, no se han resuelto aún satisfactoriamente todas las disfunciones que aquejan a nuestra Sanidad Militar, por lo que resulta imprescindible profundizar en las reformas emprendidas, a fin de completar la inaplazable tarea de prepararla para los retos del siglo XXI.

Las principales medidas tomadas por el Ministerio de Defensa respecto a la Sanidad Militar se derivan del proceso de modernización de nuestras Fuerzas Armadas y que se ha centrado en la reestructuración y reducción de los efectivos militares (Ley de Plantillas) y en la redistribución territorial de las unidades (Plan Norte). El contexto en el que habrá de desenvolverse la Sanidad Militar en adelante se completa además en un marco presupuestario restrictivo que obliga a un uso más eficiente de los medios disponibles.

Estos factores han llevado a la elaboración de un plan de redimensionamiento de la red hospitalaria con el objetivo de transformar paulatinamente una red básicamente asistencial en

la mayor parte del territorio nacional en otra más localizada en puntos concretos de la geografía española y consecuentemente mucho más reducida. En 1982, el Ministerio de Defensa contaba con 51 centros hospitalarios y 15.810 camas; nueve años más tarde tras las reducciones iniciadas el saldo era de 35 hospitales y 7.992 camas. A finales de 1995 se cerraron otros siete centros, con un total de 1.561 camas. Según la planificación elaborada por el Ministerio, una vez finalizada la reestructuración, en 1999, la red hospitalaria militar contará con 14 hospitales y 2.919 camas. La sanidad de campaña, por lo que al Ejército de Tierra se refiere, ha acusado tradicionalmente deficiencias en la dotación de sus plantillas sanitarias y la situación ha ido a peor debido a la reducción de efectivos.

Pese a las medidas descritas, las dos grandes áreas de la Sanidad Militar, la asistencial, por un lado, y la logístico-operativa, por otro, plantean problemas de considerable envergadura que condicionan las posibilidades reales de llevar a buen puerto las reformas emprendidas.

En el ámbito asistencial-hospitalario, las importantes reducciones antes mencionadas no han permitido, sin embargo, subsanar uno de los problemas crónicos de nuestra red: su infrutilización. En virtud de la Ley 25/78 de creación del régimen especial de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, a través del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), se debería concertar la asistencia sanitaria a los beneficiarios preferentemente con la Sanidad Militar, y allí donde no existen centros pertenecientes a ésta, con la sanidad pública y con las entidades de seguro libre. Actualmente, de los 800.342 titulares y beneficiarios que integran el colectivo asistencial del ISFAS, 554.833 (un 70%) están concertados con entidades de seguro libre y con la sanidad pública; mientras que solamente 195.661 (menos del 25%) lo están con los hospitales militares. Los casi 50.000 restantes disfrutan de la denominada "póliza C", de carácter mixto, que concierne la asistencia primaria y las urgencias con centros públicos y privados, reservando la asistencia secundaria a los centros militares.

Más allá de estos datos, lo significativo es que el colectivo adscrito a la Sanidad Militar disminuye en unos 10.000 beneficiarios por año, que pasan a engrosar los colectivos adscritos tanto a la sanidad pública como, especialmente, a las entidades de seguro libre. Lejos de reflejar únicamente la desaparición de hospitales de la red militar, este continuo trasvase puede ser indicativo del distinto grado de satisfacción que los usuarios

<sup>1</sup> General de División de Sanidad (R)  
Ex Director de Sanidad del Ejército del Aire.

obtienen de la prestación de servicios por parte de sus respectivos centros asistenciales. Sirvan como ejemplo los casos de Madrid, sede de los principales hospitales castrenses, donde hasta un 40% de los titulares del ISFAS optan por las entidades de seguro libre; y de las Palmas, donde sólo 25 miembros de un colectivo que supera los 18.000 se han acogido a la Sanidad Militar, contando con un hospital de 210 camas.

La pérdida de colectivo asistencial, bien por la disminución de efectivos de nuestras Fuerzas Armadas, bien por su concierto con otras entidades, tiene una importante incidencia en los índices de ocupación de nuestros hospitales. Esta situación redundante, por tanto, directamente en la baja ocupación de las camas y en el elevado coste de la prestación de los servicios en la red hospitalaria militar en relación con las cifras referidas a los hospitales dependientes del INSALUD. Ciertamente, este argumento debe matizarse: frente a la orientación asistencial de la sanidad pública, la dimensión fundamental de los hospitales militares debe ser logística: el apoyo a la fuerza, especialmente en situaciones de emergencia, que ha de ser, además, el criterio básico para definir sus prioridades y evaluar su rentabilidad. Sin olvidar tampoco otra función primordial de estos centros: la pericial, de gran importancia por el número y calidad de los actos médicos realizados. Pero ello no puede servir para justificar la utilización ineficiente de unas instalaciones tan importantes, sobre todo en vista de las necesidades y de las posibilidades reales de nuestro país. Al respecto, cabe recordar que la vigente Ley General de Sanidad prevé "la participación y colaboración de los Hospitales Militares y Servicios Sanitarios de las Fuerzas Armadas en el Sistema Nacional de Salud, y su armonización para garantizar, dentro de sus posibilidades, su apoyo al Sistema Nacional de Sanidad". El texto y el espíritu de la ley sin duda avalan una interpretación más generosa de las posibilidades asistenciales de la Red Hospitalaria Militar.

Ante la situación actual de infrautilización de nuestra red hospitalaria, cabe plantear dos soluciones diferenciadas atendiendo a dos planteamientos distintos. La primera se centraría en respetar la capacidad hospitalaria prevista en los planes ministeriales tratando de potenciar el colectivo asistencial. Para ello, en primer lugar, habría que recuperar a todos los beneficiarios del ISFAS que fuera posible, así como incorporar a los funcionarios y personal laboral del Ministerio de Defensa; además, siguiendo en este caso el modelo francés, se trataría de concertar su utilización por otros beneficiarios de la sanidad pública mediante convenios con el INSALUD o con las comunidades autónomas que tengan transferidas las competencias en materia de sanidad.

La prioridad acordada a la satisfacción de las necesidades logísticas (obligación de reservar un 30% de las camas de la red hospitalaria militar), periciales y asistenciales de las propias Fuerzas Armadas no comprometería la viabilidad de estos acuerdos, dada la gran cantidad de camas disponibles en la actualidad. Por otro lado estas medidas llevarían aparejadas necesariamente la actualización y adecuación de las plantillas del personal civil laboral, tanto sanitario (ATS y auxiliares de clínica) como técnicos especializados, cuya presente escasez impide aprovechar de manera plena y eficiente los importantes medios técnicos instalados. Valga de ejemplo que las unidades de resonancia magnética de los hospitales "Gómez Ulla" y del Aire, con elevado coste de instalaciones, material y manteni-

miento, sólo puede utilizarse en horario de mañana, con la consiguiente generación de nutridas e innecesarias lista de espera.

Cabe una segunda opción, más radical y probablemente mejor adaptada a nuestros propios medios y necesidades, que consiste en una drástica reducción del número de hospitales militares. A semejanza de lo realizado por las sanidades militares británica y alemana, la red sanitaria militar se estructuraría en torno a un pequeño número de hospitales militares centrales donde se concentraría la asistencia secundaria; la primaria quedaría a cargo de policlínicas y de los servicios médicos de las distintas unidades, convenientemente potenciados sus medios para las labores asistenciales, periciales y logísticas. Esta medida implica un reforzamiento de la red logístico-operativa y, lo que es más importante, requiere afrontar un problema clave de nuestra Sanidad Militar: la ausencia de una verdadera estructura unificada de mando, cuestión que abordaremos más adelante.

El Servicio Médico de la Defensa del Reino Unido, así como el de Alemania, han experimentado en los últimos años una drástica reducción en aras de conseguir una Sanidad Militar más racional y adecuada a las necesidades reales de sus Ejércitos. En el primer caso, el cierre progresivo de centros ha dejado reducido a dos el número total de hospitales militares: un hospital central de unas 400 camas que da servicio a los tres Ejércitos y un segundo con una capacidad sensiblemente inferior. Al tiempo que se acometía esta drástica reducción, completada el pasado mes de abril, el Ministerio británico concertaba alas hospitalarias en centros civiles, siendo atendidas por personal militar. La idea de las autoridades británicas se inspira en la necesidad de disponer de personal sanitario militar convenientemente preparado para situaciones de urgencia, al tiempo que se ahorra sustancialmente los costos de la infraestructura sanitaria.

Cualquiera que sea el modelo elegido, ampliar el colectivo asistencial o reducir la red hospitalaria, ofrecerá, entre sus ventajas, una gran oportunidad para desarrollar el proyectado y largamente esperado Plan Gerontológico de las FAS, mediante la conversión de algunos de los hospitales cerrados en centros geriátricos.

Por lo que se refiere a la red logístico-operativa, las transformaciones producidas en el despliegue y en las misiones de las Fuerzas Armadas españolas demandan reforzar a la mayor brevedad este aspecto de la Sanidad Militar. La política actual compromete seriamente la operatividad de dicha red, tanto en lo que se refiere al personal como a su propia organización. En el primer aspecto, las limitaciones impuestas por la Ley de Plantillas suponen, de hecho, una disminución del número de médicos militares. Además, el actual modelo organizativo, junto con la aplicación de las incompatibilidades, lleva a la frustración y a la desmoralización del personal médico-sanitario. Sin perjuicio del posible replanteamiento del modelo de carrera, resulta imprescindible la realización de cursos de formación continuada que complementen la escasa actividad de los profesionales de la sanidad destinados en la red logístico-operativa. Pero la solución al problema pasa no sólo por replantear algunos aspectos de la política de personal, sino por la reorganización de la propia red. La creación de áreas sanitarias militares logísticas/cantones sanitarios, que permitiría el aprovechamiento eficiente de los recursos humanos y materiales disponibles, facilitaría la función logístico-operativa, basa-

da en el apoyo a la fuerza, al tiempo que racionalizaría la asistencia sanitaria a las unidades, posibilitando una mayor satisfacción de las aspiraciones profesionales del personal médico-sanitario y de las necesidades de aquéllas. No obstante, la implantación de estas medidas nos remite, como en el caso de la red hospitalaria, a la cuestión fundamental que plantea la Sanidad Militar española: la dispersión de la dependencia derivada de la ausencia de una unidad de mando.

La unificación del Cuerpo de Sanidad Militar no se ha traducido en la creación de un Mando Unificado de la Sanidad Militar. La dependencia se produce respecto de cada uno de los cuarteles generales, a través de los directores de Sanidad de cada uno de los Ejércitos. Esto impide la necesaria coordinación entre las redes sanitarias de los tres Ejércitos en perjuicio especialmente de la de Tierra, que acusa una importante carencia de personal sanitario de las escalas superior y media.

En cuanto a la red hospitalaria, la adscripción de los hospitales militares a uno de los tres Ejércitos dificulta cualquier plan de racionalización y reforma, tanto a la hora de concertar el uso de la capacidad excedente con el INSALUD, según el actual modelo, como si se optase por una reestructuración más radical de la red que, siguiendo la fórmula británica, limitara el número de centros.

Por lo que se refiere al aspecto logístico-operativo, la falta de una integración completa y la ausencia de la unidad de mando impide la creación de las áreas sanitarias militares logísticas o cantones sanitarios, cuya conveniencia ha quedado ya expuesta. En aras de una mayor racionalización de los recursos disponibles, sería conveniente desvincular de los cuarteles generales toda la red logístico-operativa sanitaria, que pasaría a depender directamente del jefe del Estado Mayor de la Defensa (JEMAD). En definitiva, se trataría de seguir el modelo que se va imponiendo progresivamente en las Fuerzas Armadas más modernas, cuyas directrices habría que buscarlas en los Ejércitos británico y alemán.

En el caso del Reino Unido, la Sanidad Militar deja de depender de cada uno de los Ejércitos por separado y se unifica bajo la autoridad de un jefe de Sanidad Militar (Surgeon general) que cuenta con un departamento propio en el Ministerio de Defensa. Al mismo tiempo, mantiene un fuerte vínculo funcional con el órgano centralizador de las operaciones sanitarias, directamente dependiente del subjefe del Estado Mayor de la Defensa (responsable de la Logística) y dirige a la denominada Agencia de Asistencia Secundaria, desarrollada para supervisar toda la asistencia secundaria dentro de la estructura unificada para los tres Ejércitos.

En la República Federal de Alemania, la Bundeswehr dispone de un Servicio Central de Sanidad, dependiente del Ministerio de Defensa, considerado como un verdadero "cuarto Ejército", estructura que se repite en otros países miembros de la OTAN.

De poco serviría, no obstante, esta reforma organizativa, que se revela esencial para garantizar el mantenimiento de una Sanidad Militar operativa, si no se acompañara de una adecuada política de personal, factor clave del funcionamiento de toda esta compleja maquinaria. Nuestra Sanidad Militar presenta en este ámbito problemas serios, que afectan en diversa medida a los diferentes colectivos profesionales que en ella prestan sus servicios. De algunos casos se ha hecho referencia en las líneas anteriores; pero creemos necesario resaltar ciertas cuestiones. Así, entendemos que la escasez de personal médico no es tanto un problema de número de facultativos cuanto de su distribución. Como se desprende de un análisis riguroso de los objetivos de plantillas para 1999, los niveles previstos pueden ser suficientes si el criterio seguido es la adaptación estricta a las necesidades de cada servicio. En el campo asistencial, esto significaría adecuar las plantillas de médicos al colectivo servido por el hospital militar correspondiente y no al número de camas fijado para cada centro. Teniendo en cuenta la necesidad de reforzar, y no debilitar, el área logística, podría incluso considerarse la posibilidad de cubrir las especialidades prioritarias mediante la convocatoria de oposiciones dirigidas a MIR en paro, que, tras una apropiada formación militar, se incorporarían rápidamente a sus destinos. Por tanto, carece de sentido la pretensión de incrementar el plantel de médicos civiles, máxime una vez superada la penuria de especialistas, sin olvidar las dificultades que viene planteando su peculiar modelo de integración en la estructura hospitalaria militar. La solución más razonable pasa, en consecuencia, por la congelación del número de médicos civiles empleados en la Sanidad Militar. Tampoco puede soslayarse la cuestión de la discriminación padecida por el personal médico-sanitario militar en materia retributiva y de promoción profesional. Tal situación, que contribuye decisivamente a su desmoralización y amenaza con degradar la calidad del servicio, debe ser rectificada cuanto antes.

De lo expuesto resulta que la reforma de la Sanidad Militar en España es, hoy por hoy, claramente insuficiente. Se requiere profundizar en la adaptación de la red hospitalaria, sin descartar una evolución en la línea de la efectuada por otros países de nuestro entorno; conferir a la red logística la dimensión y la organización que reclama su puesto central en el nuevo diseño de las FAS; adoptar una política de personal adecuada a la evolución de nuestras necesidades y capaz de posibilitar la legítima satisfacción de las expectativas de unos profesionales que siempre han demostrado responsabilidad, lealtad y disciplina. Ahora bien, el núcleo esencial y motor de todo el proceso ha de ser, ineludiblemente, la constitución de un mando unificado, dependiente directamente del JEMAD, que ponga fin a la dispersión de competencias y a la descoordinación de recursos. Sólo con este paso se cumplirá la aspiración de tener una sanidad moderna y preparada para los retos del futuro.