

Mercadotecnia y Órganos de Gobierno

Tte. Coronel Médico Vicente Otero Solana (Policlínica Nuestra Señora del Carmen)

Med Mil (Esp) 2001; 57 (1): 39-44

EXTRACTO

La Sanidad Militar (SM) afronta una profunda reforma como consecuencia del proceso iniciado en 1991. La racionalización y modernización de la actual Red Hospitalaria Militar (RHM) iniciada el año 2001, después de dos años de estudios previos, que se plasmaron en el **PLAN DE MODERNIZACIÓN DE LA RED SANITARIA MILITAR** (enero de 2001), requiere el diseño de una serie de medidas que garanticen la continuidad y la correcta formación y entrenamiento del Personal Sanitario perteneciente a los Primer a Tercer Escalones Sanitarios y de la RHM, que integra el Cuarto Escalón.

En este sentido se elaboran estudios de infraestructura, sistemas de información, calidad, procesos médicos y diversos procedimientos que permitan jurídicamente un cambio en la gestión médica, administrativa y económica en la RHM.

Este diseño precisa un conocimiento lo más exacto posible de las fortalezas y debilidades propias, de la demografía de las zonas de influencia de la RHM, de la afiliación en esas zonas a ISFAS, a entidades de Seguro libre y a los Sistemas Públicos de Salud (SPS), transferidos por INSALUD o no, de los Hospitales existentes públicos y privados, su capacidad y el destino de sus camas.

Es imprescindible para dotar a la Sanidad Militar de una clientela exterior que proporcione la patología precisa para realizar las funciones asignadas de forma correcta.

En definitiva, se trata de conocer el mercado exterior, sus necesidades, carencias, intereses, los medios con los que cuenta y si fuera posible, sus planes, adaptarse a él y ofrecerle en los lugares donde la RHM se encuentre presente, todo aquello que el cliente pueda necesitar cumpliendo los objetivos asistenciales, de formación y mantenimiento y por ende logístico operativos.

I. NECESIDAD DE LA DEMANDA ASISTENCIAL

1. HOSPITALES INTEGRANTES DE LA FUTURA RHM

Los Hospitales que integrarán la futura RHM son:

- Hospital Central, Madrid.
- Hospital Naval, San Fernando, Cádiz.
- Hospital Militar, Zaragoza.
- Hospital Militar, Valencia.
- Hospital Naval, Cartagena.
- Hospital Naval, El Ferrol.

2. FUNCIONES ENCOMENDADAS A LA SANIDAD MILITAR

La Sanidad Militar tiene asignadas cinco funciones de actuación:

Asistencial, Logística operativa, Formación y docencia, Pericial y legal y Reconocimientos

FUNCIÓN ASISTENCIAL

Los Hospitales de la RHM forman parte del Sistema Público de Salud al atender a un colectivo de personas. En la actualidad se presta atención a los siguientes colectivos:

- Miembros de las FAS y sus familias.
- Personal civil contratado al servicio del Ministerio de Defensa, excepto urgencias.
- Personal civil (conciertos suscritos con los sistemas de salud públicos).

FUNCIÓN LOGÍSTICA OPERATIVA

Constituye la verdadera razón de existencia de SM: proporcionar apoyo sanitario a una Fuerza con ocasión de operaciones, catástrofes, crisis y conflictos armados.

FUNCIÓN DE FORMACIÓN Y DOCENCIA

El alto nivel del personal, los medios diagnósticos y terapéuticos disponibles y la variedad y abundancia de patología, hizo posible que se acreditaran por el Ministerio de Sanidad algunos Hospitales de la RHM y en consecuencia realizaran formación de especialidades superiores y medias, universitaria y labores de investigación.

FUNCIÓN PERICIAL Y LEGAL

Verificar la aptitud psico física de los aspirantes a ingresar en las FAS y valorar a los miembros de la institución por orden de los Tribunales médicos y determinar si deben o no permanecer en el servicio activo.

FUNCIÓN DE RECONOCIMIENTO

La Armada efectúa reconocimientos periódicos a su personal cada 5 años y por ascenso o misiones o viajes especiales por su duración o clima adverso,

El CIMA lo hace con el personal de vuelo militar y civil con el objeto de determinar su condición idónea.

3. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS FUNCIONES

FUNCIÓN ASISTENCIAL

Muy disminuida en cantidad y cualidad. Desde 1985, se produce una disminución constante en el número de beneficiarios atendidos por SM por su pase a entidades de seguro libre. Hoy son menos de 200.000.

En las áreas de influencia de los Hospitales integrantes de la futura red el número de afiliados es:

	Colectivo ISFAS adscrito a SM
Madrid	84.312
Cádiz (provincial)	17.163
Zaragoza (provincial)	19.088
Valencia (provincial)	9.292
Murcia (provincial)	18.037
La Coruña (provincial)	9.783

Otros motivos son el previsto pase del colectivo de civiles, jóvenes en su mayoría, al servicio del Ministerio de Defensa a la atención por entidades del SPS, anunciado para este año y la desaparición del contingente de reemplazo.

En consecuencia la SM atiende hoy a un colectivo:

- Envejecido.
- En número insuficiente para garantizar una adecuada ocupación de camas.
- Con ausencia o muy poca presencia de numerosas patologías.

FUNCIÓN LOGÍSTICA OPERATIVA

Lo logístico sanitario ha sido dotado siempre en precario en recursos materiales y personales y estos además no han sido satisfactoriamente formados.

La tendencia es reconocer esta función primordial y dotarla convenientemente.

FUNCIÓN DE FORMACIÓN Y DOCENCIA

Los Hospitales Gómez Ulla y Central del Aire están acreditados hoy para la formación y docencia.

FUNCIÓN PERICIAL Y LEGAL

Una de las funciones más habituales en la RHM es solventar los numerosos recursos y contra recursos entre miembros de las FAS y el Ministerio de Defensa.

FUNCIÓN DE RECONOCIMIENTOS

Los SPS y las entidades de seguro libre son hoy los encargados de realizar la medicina primaria en los profesionales de las FAS. Surgen dos serios problemas:

- La profusión de bajas laborales en los UCO,s.
- Se desconoce el verdadero estado de salud del personal militar.

II. CONSIDERACIONES RESULTANTES DEL ANÁLISIS PREVIO

El análisis del punto anterior conlleva a una serie de consideraciones:

1. Adecuación de las plantillas a futuras necesidades
2. Carácter imprescindible de la función asistencial
3. Imposibilidad de cumplimiento del resto de funciones si no se realiza correctamente el punto 2

1. ADECUACIÓN DE PLANTILLAS

La edad media de los integrantes del Cuerpo Militar de Sanidad es alta. El relevo generacional no está garantizado con los ingresos efectuados en los últimos años.

El número de plazas ofertadas ha ido en disminución creciente. El total de aspirantes ingresados entre 1996 y 2000 es de 123, de los que solo 9 lo fueron el último año.

Teniendo en cuenta que existe en la actualidad un gran paro médico, cabría esperar la presentación a la oposición de un gran número de aspirantes; la realidad no es así, ya que en los últimos 5 años el número de opositores ha sido en total de 523, de los que tan solo 68 lo hicieron el año 2000.

El número de especialistas médicos en el CMS no es, contra lo que pudiera parecer, abundante. En ninguna especialidad. Si se concreta el estudio a las denominadas especialidades críticas: Cirugía General (CGD), Traumatología (TRA), Medicina Intensiva (MIT) y Anestesia (ANR), se observa que con fecha de 15 de marzo de 2000, se distribuyen como sigue, con los grados militares que se indican:

	COL / TCOL	COMTE	CPTAN	TOTAL
CGD.....	19	18	4	41
TRA.....	25	10	6	41
MIT.....	17	15	7	39
ANR.....	24	14	4	42
TOTAL	85	57	21	163

Es preciso recordar que SM tiene actuaciones a corto y medio plazo y que hay que prever los medios necesarios para cumplimentarlas y desarrollarlas bien.

Resultaría conveniente buscar medios que hicieran atractivo al Médico, al Farmacéutico y al Enfermero recién licenciados el ingresar en el Cuerpo.

ADECUACIÓN DE PLANTILLA PARA FUNCIÓN ASISTENCIAL

- Cuarto Escalón con el grado que se disponga para cada Hospital
- Futuros Convenios establecidos con entidades de SPS y / o de Seguro libre
- Especialidades críticas de Tercer Escalón
- Especialidades para situaciones de crisis
- Gestión médica
- Otras funciones como periciales, programas preventivos

En todas ellas hay que prever dotación suficiente para poder cubrir todas las funciones a la vez, cumpliendo criterios de calidad, la cartera de servicios y por tanto no defraudando las expectativas de los clientes.

2. CARÁCTER IMPRESCINDIBLE DE LA FUNCIÓN ASISTENCIAL

El Personal sanitario es el único perteneciente a las FAS que no realiza simulacros o maniobras: siempre actúa bajo «fuego»

real» porque el enfermo lo es. Sin función asistencial adecuada ni se forma ni se mantiene. De ahí la absoluta necesidad de una clientela exterior que lo garantice. Es imprescindible. Sin ella, y no es dramatismo, todo concluye, al menos si se concibe la SM tal y como es hoy.

3. IMPOSIBILIDAD DE CUMPLIMIENTO DEL RESTO DE FUNCIONES

Sí los especialistas en las Especialidades críticas, principales participantes en la función logístico operativa no se pueden formar por carencia de patología adecuada y no realizan el mantenimiento por la misma razón, es obvio que esta función no se podrá realizar como hasta ahora, correctamente. Es preciso recordar que el Estado Mayor Conjunto a propósito de los REQUERIMIENTOS OPERATIVOS DE LA SANIDAD MILITAR, al referirse al tercer escalón sanitario dice que «el personal sanitario adscrito, en tanto no se active su unidad, deberá estar ejerciendo los cometidos de su especialidad en un Hospital Militar, tanto por razones de economía de medios, como para asegurar su formación continuada».

Cabe aplicar lo mismo a la función de formación y docencia: se retiraría la acreditación y eso significaría depender del exterior. No se tendría experiencia suficiente para valorar los casos desde el punto de vista pericial con la repercusión económica secundaria.

En definitiva, pese a que la Función Logística Operativa es la primordial de SM, su verdadera razón de existir, no es menos cierto que sin la Asistencial no es posible cumplirla con efectividad y eficacia.

III. NECESIDADES DE LA RHM

El retorno a la situación anterior, con una clientela «cautiva» no es posible en el momento actual y probablemente tampoco deseable. Es pues necesaria la búsqueda de una clientela exterior que la sustituya.

1. ESTABLECIMIENTO DE CONVENIOS

Los potenciales clientes presentes en el mercado exterior son:

- Servicios Públicos de Salud
- Entidades colaboradoras
- Entidades aseguradoras
- Entidades privadas

Según datos del Ministerio de Sanidad correspondientes al año 1997, la cobertura sanitaria se distribuía en España de la siguiente manera:

Cobertura pública	99,4%
Sistemas Públicos de salud	94,8%
Mutuas y SPS	2,3%
Mutuas-S. Privados	2,3%
Cobertura privada	8,9%
Cobertura de empresas	2%

2. ESTUDIOS PREVIOS

Para establecer un Convenio con uno o varios de los clientes mencionados es preciso conocer una serie de factores que determinen quién o quiénes resultan más convenientes para cumplir los objetivos de formación y mantenimiento del Personal.

Tales factores están referidos a las zonas de influencia donde se asienta la futura RHM y se concretan en:

- Características actuales de los hospitales de la RHM
- Demografía provincial
- Afiliación a Sistemas de salud (públicos, privados, ISFAS SM e ISFAS S. libre)
- Hospitales, tamaño y situación
- Camas disponibles y destino

El análisis pormenorizado de los mismos llevará a unas conclusiones y a la ulterior toma de decisiones sobre la conveniencia o no del establecimiento de convenios con uno u otro ente público o privado.

3. ADAPTACIÓN DEL MARCO JURÍDICO

La necesidad de recurrir al mercado exterior hace preciso que el actual marco jurídico en el que se mueve la SM y su RHM se adecúe y haga posibles los cambios para lograr competir sin desventaja frente a los competidores. Se imponen modificaciones en la gestión económica, de dirección, administrativa y de personal.

4. PROCEDIMIENTOS

Los nuevos Hospitales de la Red, gestionados con los nuevos métodos, deberán tener capacidad de satisfacer las necesidades de sus clientes, cumpliendo su objetivo de formar y mantener a su Personal en el punto de mayor excelencia posible y procurando unos costes aceptables. El reglamento interno estará adaptado a estos objetivos.

En este sentido es fundamental:

- Información a los clientes, darse a conocer, promocionar el producto
- Disponer de una cartera de servicios atractiva
- Realizar un diseño de productos de actuación y ofertar según necesidades del cliente procesos de atención completos –diagnóstico, pronóstico, tratamiento– o de productos intermedios o elementales –realización de elementos aislados como radiografías, análisis o determinadas consultas.

Como procedimientos utilizados en el mercado exterior que podrían, con las adaptaciones al medio militar que se considerarían oportunas, utilizarse se destacan:

- 4.1. Órganos de gobierno
- 4.2. Modelo de calidad técnica y percibida
- 4.3. Asistencia integral
- 4.4. Especificidad de oferta
- 4.5. Modelo propio de cada hospital de la RHM
- 4.6. Autonomía de gestión
- 4.7. Política de incentivos

Los puntos precedentes constituyen la fortaleza y la debilidad de nuestra oferta al cliente. Lo establecido en un convenio, en un contrato, es de obligado cumplimiento. Un fallo en las expectati-

vas creadas puede dar, dará al traste, con lo hecho hasta ese momento con un cliente y clientelas cautivas ya no existen. Un cliente perdido no se recupera. De aquí la importancia de adecuar la Sanidad Militar al momento y preparar todos los pasos con suma atención. Se cuenta con suficiente potencial para hacerlo bien.

4.1. Órganos de gobierno

En los últimos años en el mercado exterior se han introducido importantes reformas en la estructura directiva de los Hospitales, tanto públicos como privados. Reformas que no han sido definitivas ya que a su vez, han sufrido y sufren modificaciones continuas para adaptarse y readaptarse a las diversas y rápidamente cambiantes situaciones del entorno.

La dirección de los hospitales de la RHM conserva la antigua estructura de Director médico del que dependen un Subdirector médico con competencias en personal facultativo, auxiliar y en farmacia y una División económico administrativa, a cargo de un Oficial de Intendencia, de la que dependen proveedores, contabilidad, mantenimiento y funcionamiento internos, con diferencias, a veces muy apreciables, según el ejército de procedencia.

En el Reglamento de los Hospitales de la RHM, elaborado en 1999, no aprobado aún y en el que está previsto introducir modificaciones, en su capítulo 2 «ESTRUCTURA Y ÓRGANOS DE DIRECCIÓN», establece en su artículo 16 la estructura general de los Hospitales:

- Dirección
- Area asistencial
- Area de personal
- Area económico administrativa
- Servicio de mantenimiento

Desarrollando en el articulado siguiente las definiciones y competencias de cada una de ellas.

Dirección

Establece quién es el Director y sus funciones directas y los órganos dependientes de la dirección así como en función de las necesidades de cada Hospital y de acuerdo a sus plantillas, la posible dependencia directa de alguna subdirección.

Se define al Subdirector, a la Secretaría técnica y a los Oficiales encargados de los apoyos logístico y pericial, la gestión de recursos sanitarios, docencia e investigación.

Area asistencial

Su jefe y funciones, organización asistencial, servicios asistenciales y unidades funcionales de que consta y las funciones de sus jefes respectivos.

Area de personal

Su jefe y funciones, gestión de los recursos de personal y relación de representación y una jefatura de enfermería independiente.

Area económico administrativa

Su jefe y funciones, gestión de recursos económicos y materiales, aprovisionamiento y asesoramiento a la Dirección.

Servicio de mantenimiento

Su jefe y funciones, mantenimiento general de instalaciones, equipos y mobiliario, seguridad interior y emergencias.

En el capítulo 3 se definen los **ÓRGANOS COLEGIADOS**, constituidos por las juntas y comisiones de apoyo y asesoramiento al Director, cuyas misiones, composición y funcionamiento están regulados por el Libro de Organización.

Hay 4 Juntas, Dirección, Facultativa, Económica y Administrativa y 11 Comisiones, entre ellas, Control de calidad; Archivo, Documentación y Codificación; Informática y Comunicaciones; Farmacia y Terapéutica; Atención al Usuario y Docencia.

En la actualidad se estudia la posibilidad de incorporar a los Hospitales de la RHM la figura del Gerente. Es una de las recomendaciones de la auditoría realizada por la Intervención General de la Defensa en los Hospitales de la actual Red. Con funciones claras y concisas que se definirían más tarde con el objeto de evitar dualidad de competencias con la Dirección Médica. Un oficial médico del CMS con formación apropiada podría ser el adecuado.

Hay una propuesta de organigrama para la RHM adaptado del INSALUD, con tres niveles (Fig. 1).

En este mismo sentido el borrador de plantillas que se está elaborando por la Comisión correspondiente, contempla en el organigrama de estructura de Dirección, la figura del Director Médico y varias Subdirecciones entre ellas la de un Gerente:

Subdirector Gerente
Secretaría Técnica
Administración
Calidad
Recursos Humanos
Docencia
Medicina Logística.

4.2. Modelo de calidad técnica y percibida

Un modelo de calidad implantado que permita ofrecer buena calidad técnica es importante. Si esta calidad técnica es percibida por el cliente y por el usuario no existirá problema para incorporar colectivos y aún para recuperar de forma voluntaria a los antiguos (el colectivo del Patronato Militar de Ejército de Tierra y el de los Seguros Sociales de la Armada, no desean en ningún caso su pase al SPS). En esta dirección cabría la posibilidad de un nuevo planteamiento de la relación actual de la Sanidad Militar con ISFAS.

Es importante cuidar los aspectos «hosteleros», los detalles, dado que se acepta generalmente que lo público proporciona menos comodidades que lo privado pero que también proporciona mayor calidad técnica, tiene especial trascendencia el aspecto físico, la uniformidad, la decoración, la limpieza, las indicaciones, el color...

4.3. Asistencia integral

La atención que se proporcione a los colectivos habrá de ser lo más completa posible en el aspecto de número de servicios y

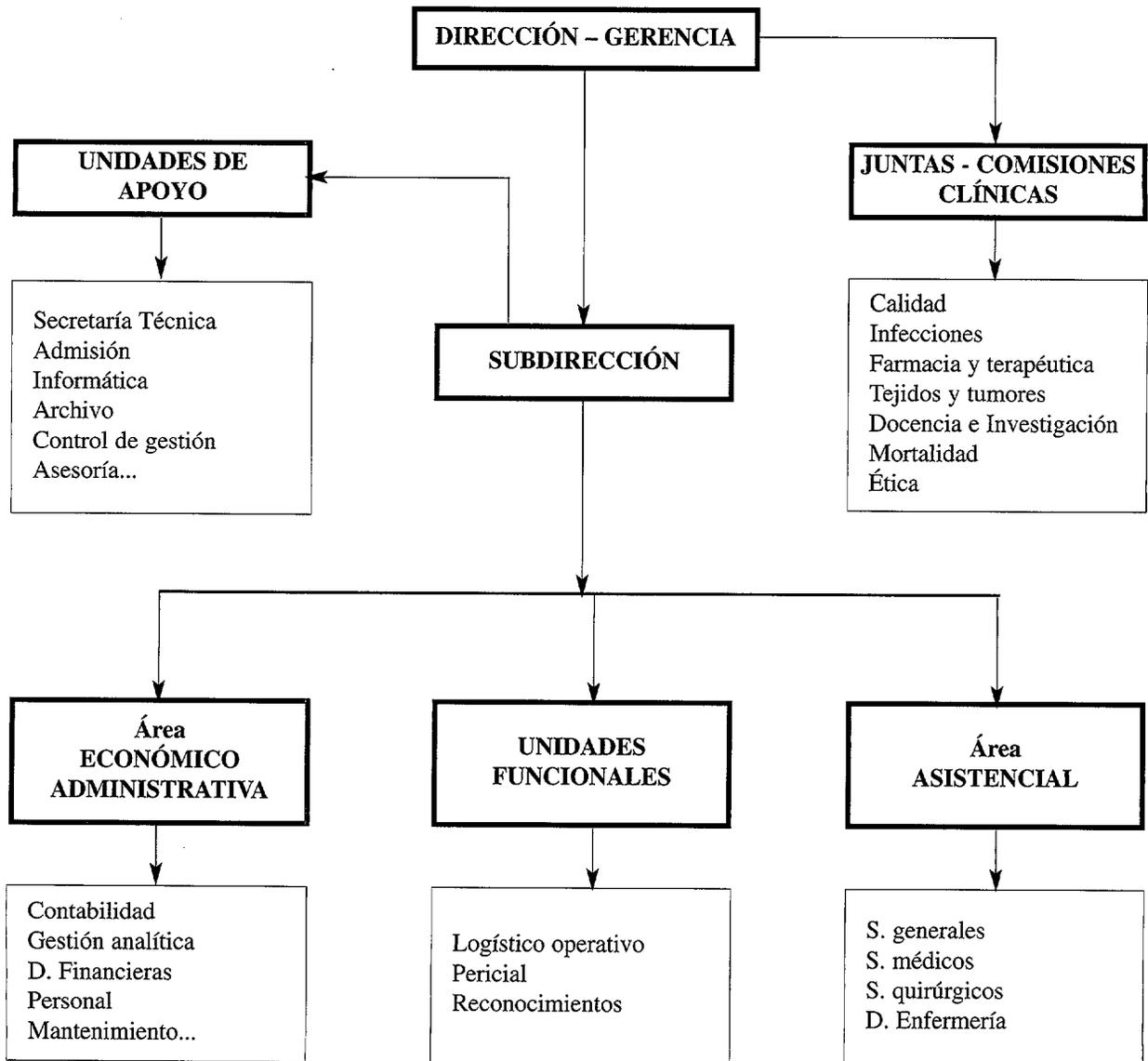


Fig. 1. Propuesta de Organigrama para la Red Hospitalaria Militar.

procesos. El usuario sabrá que en el Hospital le pueden efectuar todas las pruebas, el estudio completo. Proporciona confianza y comodidad.

Un aspecto frontera entre este punto y el anterior lo constituye la información. Todo el personal de la cadena informa y lo debe hacer de forma completa y cortés.

4.4. Especificidad de oferta

Es uno de los principales activos potenciales del Hospital. Un Hospital militar es muy parecido a uno civil, pero no es igual. Tiene particularidades de actuación que pueden convertirse en fortaleza, en ofertas exclusivas, en algo que los competidores no tienen o no lo tienen igual. Algunas de estas particularidades están en relación con las exclusivas actividades militares, otras no. En otros países, como Francia y Alemania, constituyen uno de sus principales activos y los ingresos económicos que proporcionan son fuente de porcentajes muy elevados del presupuesto de su Sanidad Militar. Hay que potenciar las que se

consideren interesantes en los lugares donde puedan ejercitarse. Entre otras se citan:

- Urgencias generales. Politraumatismos
- Urgencias de Cirugía especializada
- Área de quemados
- Valoración de daño corporal
- Cirugías monográficas
- Protección y tratamiento de radiocontaminados
- Rehabilitación motora y psíquica
- Medicina preventiva
- Medicina tropical
- Medicina aeronáutica
- Medicina subacuática

Una actividad no particular de SM, que afecta a toda la sociedad, que está sin resolver, dado que es un hecho que el número de camas utilizadas para ello es insuficiente en todo el territorio nacional, es la estancia prolongada, la convalecencia de enfermos crónicos y las residencias geriátricas. Aquellos hos-

pitales que no se transfieran, pueden ser convertidos en los denominados entes socio sanitarios.

4.5. Modelo propio para cada Hospital

Las necesidades de los potenciales clientes en cada una de las zonas de influencia de la RHM no son coincidentes. Es imprescindible individualizar la oferta hacia ellos, sin perder de vista el objetivo prefijado de formar y mantener al personal sanitario.

El estudio del mercado, de los clientes actuales y potenciales, de dónde se hace el intercambio, del volumen de actividad, resulta fundamental para dirigir la institución específica y estratégicamente hacia ellos, considerando todos los factores del entorno como situación geográfica, accesibilidad, economía de la zona y aspectos más concretos como las listas de espera o tiempo de espera de los competidores.

El decidir si es conveniente para SM firmar un convenio de sustitución de un área concreta del SPS o hacerlo con una entidad privada o hacer procesos incompletos con uno u otro dependerá del estudio previo, de aunar sus necesidades con las nuestras.

4.6. Autonomía de gestión

El modelo de cada hospital se ha de acompañar de un modelo paralelo en cuanto a la gestión. Un miembro de SM formado en tareas de gestión sanitaria y responsable de su aplicación, lo más acorde posible con la zona que se trate, por debajo del Director del Hospital y formando equipo con el responsable de la división económica y administrativa, podría ser una figura a considerar.

Cierta flexibilidad a la hora de tomar decisiones sobre aspectos de elaboración de una cartera de servicios con determinados y adecuados procesos y productos, en materia de contratación de personal, en procurarse convenios diferentes, sería interesante y conveniente.

La implantación de objetivos debería llevar aparejada una autonomía financiera que permitiera dotar a los centros de una financiación propia plasmada a través del correspondiente presupuesto operativo anual, según la Intervención General de Defensa.

4.7. Política de personal

El personal integrante de SM se encuentra en general sin motivación, sin alicientes profesionales, desilusionado y preocupado por la incertidumbre y la larga espera. La movilidad, incluso con empleo de Teniente Coronel, no ya para realizar misiones internacionales que ya de por sí es elevada para algunas especialidades, sino para cubrir otros centros hospitalarios de la RHM y unidades, en tierra, agua o evacuaciones aéreas, es constante y no permite una actividad asistencial continuada. El modelo de carrera no garantiza el acceso a empleos altos. El número de miembros en excedencia actualmente es muy elevado (más de 200) y en su mayoría en empleos de Comandante, Capitán y Teniente.

La autonomía de gestión y el modelo propio de cada Hospital de la red deberían contemplar la posibilidad de incorporar otras modalidades de incentivos en materia de formación y en el ámbito económico. La remuneración por objetivos, la remuneración mixta (como ocurre en las naciones antes mencionadas) o la introducción de un complemento de atención pública son algunas de las posibilidades en este sentido.

IV. CONCLUSIONES

- I. Los Hospitales de la RHM no se encuentran situados en zonas donde exista población militar o relacionada con este ámbito, suficiente para lograr los mínimos de funcionamiento.
- II. En el momento actual la función asistencial se realiza con gran penuria de pacientes que no reúnen el perfil completo de patología idóneo para la formación profesional.
- III. La función asistencial desarrollada por la Sanidad Militar resulta imprescindible para el mantenimiento y correcta actuación del resto de funciones asignadas, sobre todo la determinante función logístico operativa. Constituye el objetivo primordial.
- IV. Es necesario buscar en el mercado exterior una clientela que sustituya a la perdida. Posibilidad de un nuevo planteamiento de la actual relación con ISFAS
- V. Es necesario estudiar la posibilidad de efectuar los controles médico-laborales por las estructuras de la Sanidad Militar.
- VI. Para captar nuevos clientes es preciso adaptarse al mercado exterior y competir con los demás en igualdad de condiciones para cumplir los objetivos fijados y utilizando todos los recursos exclusivos disponibles.
- VII. La adaptación obliga a realizar modificaciones en el marco jurídico que hagan a su vez cambios en los órganos de gobierno de los hospitales de la Red que afecten a la estructura de dirección, gestión y administración y en la política de personal.
- VIII. Es precisa la modernización de la RHM con la implantación de modelos de calidad, diseño de procesos y productos y conocer las debilidades y necesidades del mercado para ofertar en ese sentido lo que quieran comprar.
- IX. La individualidad relativa de los hospitales en materia de gestión y económica para adaptarse a su zona de influencia, debe ser un hecho.
- X. Establecidas las posibilidades de nuestra oferta y conocidas las necesidades de los clientes, es factible el diálogo en nivel institucional o directamente con los órganos de gobierno equivalentes de entes públicos y/o privados para llegar a acuerdos de colaboración, convenios de sustitución o mixtos.
- XI. Hay que buscar medios que hagan atractivo ingresar en el CMS dado que el relevo generacional no está ni mucho menos asegurado.
- XII. No se puede descartar la posibilidad de incorporar especialistas ya formados y con cierta urgencia por procedimientos a determinar.
- XIII. Una política de incentivos realista logrará la motivación y colaboración del Personal sanitario.