

Sanidad militar: ¿Quo Vadis?

Nota de la Redacción

Las contribuciones que siguen, quizá no por casualidad, llegaron a la redacción de **Medicina Militar** aproximadamente por las mismas fechas. Se sometieron a evaluación independiente por todos los miembros del Consejo de Redacción. Aunque las opiniones expuestas no fueron compartidas en muchos aspectos por los integrantes del Consejo y se pusieron de manifiesto discrepancias en el seno del propio Consejo, finalmente se acordó publicar íntegramente los textos, incluso a pesar de haberse advertido inexactitudes en determinadas aseveraciones. La razón fundamental de esta decisión fue dar cumplimiento a uno de los objetivos básicos de la revista: que sea un foro de opinión para los sanitarios militares.

Sanidad militar hospitalaria: presente y futuro

Introducción

La Sanidad Militar tiene como misión fundamental el apoyo a la fuerza y la recuperación del combatiente, para ello va a estar formada por un conjunto de personas, de las distintas especialidades médicas y no médicas necesarias para cumplir con sus fines. En este caso concreto nos vamos a referir a las especialidades médicas.

En estos últimos años se está viviendo en la Sanidad Militar (SM) un periodo de confusión, tal vez como corresponde a toda época de cambio o transición de un modelo a otro, que da la impresión que está sin definir.

La misión básica de la SM, sección de medicina, es el apoyo a la fuerza, asesorar al mando, en sus distintas facetas y la recuperación del combatiente. Misión secundaria, pero no menor, es la asistencia a las familias, y todos aquellos colectivos que el Ministerio de Defensa designe.

Presente

La sección de medicina se puede considerar últimamente dividida, en dos partes interrelacionadas: logístico-operativa y asistencial-hospitalaria. Por los comentarios y opiniones que se expresan, da la impresión de que se quiere potenciar la faceta logístico-operativa, en detrimento de la asistencial-hospitalaria, cosa hasta cierto punto razonable, el querer dedicar mayor atención a la sanidad de las unidades que constituyen la fuerza, y a la planificación de las misiones que ésta vaya a desempeñar. Pero nos olvidamos de que muchas de estas misiones, sin el apoyo humano y, en ocasiones, material de la sanidad hospitalaria son imposibles de llevar a cabo.

Los hospitales militares fueron tal vez, históricamente, junto con los de la Iglesia, los primeros en tener estructura de hospital, organizándose en clínicas y/o servicios. Pero en estos momentos, nuestra estructura se ha quedado obsoleta con respecto a nuestros homólogos de la Sanidad Pública, siendo en

ocasiones difícil de comparar, siquiera con un hospital comarcal, de mucha menor entidad sobre el papel, que cualquiera de nuestros hospitales periféricos, que en muchos casos, se han convertido en unas policlínicas con camas, ya que en la mayoría de ellos, por razones que después se comentan, es muy difícil dar una atención continuada con presencia física, en los servicios básicos de todo hospital, como pueden ser cirugía, medicina interna, y algunos servicios centrales.

A ello se ha de añadir la obcecación por intentar tener una sanidad hospitalaria lo más parecida a la Sanidad Pública, realizándose durante unos años la formación de una serie de especialidades médicas, de muy dudosa utilidad para las Fuerzas Armadas, con el consiguiente consumo de recursos humanos, de por sí ya escasos en esos años, y la multiplicidad de servicios o clínicas, en muchos casos uni o bipersonales, cuando en hospitales de incluso mayor rango que los nuestros de la Sanidad Pública, están constituidas en secciones, dentro de un mismo servicio.

Esto ha traído como consecuencia que en muchos casos no se pueda realizar una atención similar a la de otras sanidades, al no disponer de personas suficientes para las guardias de presencia, y por otro lado, a una cierta atomización en vez de concentración de los recursos, tanto materiales como humanos.

Uno de los problemas que se presentan es la escasez de especialistas, y al mismo tiempo la dificultad para reclutar a otros de distinta procedencia, por razones económicas y geográficas fundamentalmente, y que no merece la pena profundizar más en ellas.

Los hospitales deben de cumplir como misión básica, ser la reserva o depósitos de donde se puedan nutrir las unidades asistenciales, que la fuerza necesite para la ejecución de su objetivo. Pero un aspecto fundamental de la medicina, a diferencia tal vez de otras ciencias, es que si no se ejerce no se domina, y el personal pierde capacitación. Si bien se han diseñado simuladores, estos son hoy por hoy caros y de dudosa eficacia. No basta solo con estudiar medicina, hay que practicarla, y si durante un tiempo no se ejerce una actividad, se pierde la capacidad de poder realizarla.

Nuestro colectivo está formado por un grupo de edad joven y en principio sano, pues sino no pueden estar en activo, donde

lo más frecuente es la patología aguda, y otro de edad avanzada, que se corresponde con el de retirado o reserva, con patología crónica. Al mismo tiempo por muy diversas razones, se ha perdido de forma progresiva contingente o colectivo a tratar, que se ha dirigido por quienes corresponda, y no siempre es la culpa del ISFAS, hacia otras entidades sanitarias.

Todo esto hace que el panorama asistencial sea desolador en muchos casos, y que los especialistas de la sanidad hospitalaria, formados en un sistema MIR o similar, en hospitales de referencia de la red pública o militar, como sus compañeros de la sanidad pública, vean con frustración y en ocasiones con otros sentimientos, cómo cada vez se alejan más de éstos.

Al mismo tiempo esto constituye un efecto perverso, pues si cada vez tenemos menos pacientes, cada vez estamos menos adiestrados, y daremos una atención distinta a la que estamos obligados a prestar, ya que en principio debemos aportar la misma que da la Sanidad Pública, sin olvidar que al mismo tiempo vamos progresivamente, perdiendo contingente a atender.

A ello se ha de añadir, que hasta hace poco no se ha pensado con mentalidad militar, que no ha de suponer ninguna dicotomía, con nuestra formación universitaria, sino más bien todo lo contrario. Todo esto hace que pensemos más como médicos, y no debemos de olvidar que, tal vez, la diferencia básica entre un médico militar y otro no militar, no son los conocimientos en medicina, que a ambos se les supone, sino poder organizar y planificar los recursos humanos y materiales, para el desempeño de su misión, que en ocasiones, se ha de desempeñar en condiciones muy distintas y adversas a un medio hospitalario convencional.

Si añadimos que al perder contingente, y por tanto patología, esa patología aguda propia de los conflictos militares ha disminuido y por tanto nuestro adiestramiento. Hoy por hoy ven y tratan mucha más patología, cualquier hospital público de nuestra área, que el militar, sin olvidar que misiones propias antes de la SM, como la actuación en catástrofes naturales o provocadas, han sido asumidas por otras entidades, o actuaciones como la atención a heridos o bajas sobre el terreno, como pueden ser los accidentes de tráfico. Situaciones en las que la SM debería de colaborar activamente, ya que constituyen un excelente campo de adiestramiento y de relaciones públicas al resto de la población.

A todo lo anterior se ha de añadir, que debemos ser rentables. Este punto podrá levantar muchas suspicacias, pero sólo debemos mirar a nuestro alrededor para saber que es algo que se nos viene encima, nos guste o no.

Por principio debemos de ser rentables, y además eficaces, pero esto no ha de basarse únicamente en términos económicos, ya que en principio seremos deficitarios como otros muchos servicios públicos, y la SM como tal, formando parte de las FAS supone realizar fuertes inversiones, que en ocasiones pueden ser de difícil rentabilidad económica. Pero la rentabilidad puede ser de otro tipo, y esa ha de ser la que tiene que buscar, unida al menor desfase presupuestario posible.

La implantación en nuestros hospitales de modelos como el contrato programa, no ha de ser necesariamente difícil ni traumático, pero si han de modificarse las estructuras actuales y perder rigidez, dotando a los hospitales de cierta capacidad de toma

de decisiones, que no han de pasar necesariamente por los cuarteles generales, pero sobre todo, el mando o quien corresponda, deberá de definir los objetivos y misiones a desarrollar por éstos, que no han de ser los mismos para todos los hospitales.

En cualquier modelo de gestión actual es fundamental conocer una serie de datos, que básicamente se pueden resumir en: ¿qué podemos ofrecer?, ¿a quién se lo vamos a ofrecer?, y ¿cuánto nos va a costar?

En la actual situación de incertidumbre, a lo que se une escasez de personal en las plantillas y la progresiva pérdida de contingente, poder contestar a estas preguntas, y por tanto poder establecer lo que se denomina una cartera de servicio a ofertar, y al mismo tiempo un plan de previsiones a corto plazo, es algo impensable.

Futuro

Lo único que podemos saber, y por ahora no sabemos, es lo que cuestan nuestros servicios, y que comparando el coste de nuestras prestaciones con la Sanidad Pública, probablemente seremos ruinosos, dado la ocupación de nuestros hospitales, o la rentabilidad y eficiencia de nuestros quirófanos, por mencionar tan solo dos ejemplos.

Se impone que nuestras estructuras se adapten a los nuevos tiempos, y que puestos tan importantes como la dirección, se «profesionalicen». Tal vez deba ocupar este puesto un técnico, sin perder su carácter militar, reconocido por todos los demás oficiales como el más antiguo. Hoy día ocupamos nuestros puestos en los hospitales por razón de la especialidad médica, más que por el empleo militar, y cada vez somos más un cuerpo técnico, sin perder por ello nuestra entidad ni carácter militar. Al mismo tiempo, a ese director han de pedírsele y tener unas directrices y objetivos a cumplir, sin olvidar un tiempo mínimo para cumplir o desarrollar su misión.

Es evidente que en un tiempo en el que los hospitales militares están costando tanto dinero a los cuarteles generales, y hasta cierto punto hay que reconocer, que con dudosa eficacia para la atención al contingente, por muy diversas razones como pueden ser geográficas, desviación de contingente a otras instituciones, falta de confianza en los miembros de las FAS, existencia de un sistema de salud universal, etc, se cuestione la existencia de los hospitales militares.

Las opiniones y las soluciones para esta situación son múltiples, lo que indica que no hay ninguna buena, y también es cierto que este es un problema que se puede encontrar en otras sanidades militares de la OTAN, que han aplicado diversas soluciones, proponiéndose desde la desaparición como tal de los hospitales militares, a la concentración de los recursos en un número reducido de estos, por citar algunas.

Es evidente que se ha de llegar a una solución de compromiso entre el adiestramiento y asistencia a la fuerza, con la rentabilidad económica, y tal vez ello tenga que llegar con la integración definitiva de los hospitales militares en la red de hospitales públicos aportando una cartera de servicios y/o la venta de estos servicios a entidades públicas o privadas.

El camino evidentemente no es sencillo, ni fácil, ni cómodo, pero tenemos que iniciar el viaje, intentando aportar soluciones,

buscar herramientas de gestión y funcionamiento, que se están empezando a usar en otras sanidades, para algunas de las cuales estamos en mejor posición de partida, que otras instituciones sanitarias públicas o privadas, dotando a nuestros hospitales de mayor flexibilidad administrativa, y adoptar modelos de gestión que se están iniciando en otros centros. Tengamos presente que nuestros compañeros en otras instituciones sanitarias llevan un largo camino recorrido y nosotros no hemos empezado, y esos cambios nos van a llegar.

Aprovechemos las muchas cosas buenas que tienen y pueden aportar nuestros hospitales a la comunidad y a las FAS, pero al mismo tiempo debemos ser conscientes de que la situación actual es inviable, y si nos importan e interesan nuestros hospitales, hemos de cambiar.

A.J. Aragón Romero, *Cte.San.Med.*

D. Barbas Galindo, *Cap.San.Med.*

Servicio de Anestesiología y Reanimación
Hospital Naval del Mediterráneo
Cartagena

La Sanidad Militar en el siglo XXI

En los últimos años se han producido cambios importantes en la configuración y misiones de las FAS españolas, y en fechas próximas esos cambios seguirán profundizándose, hasta configurar un nuevo marco al que deberá adaptarse la Sanidad Militar.

Sobre estos temas, todos los profesionales tenemos nuestras propias opiniones y criterios, y también una comprensible preocupación sobre nuestro futuro profesional. Leemos con avidez los escasos artículos que aparecen en Medicina Militar o en alguna otra publicación, que puedan dar pistas sobre las previsiones del Mando para el futuro inmediato. La adaptación de la Sanidad Militar al nuevo contexto de las FAS, es una materia de decisión del Mando. Sin embargo, mientras ésta no se produzca, es lícito que sanitarios militares, sin responsabilidades de mando, den sus opiniones en un órgano científico como nuestra revista; que éstas se puedan contrastar y puedan servir como referencia e información al Mando para sus decisiones.

El nuevo marco de las FAS al que deberemos adaptarnos se caracteriza por los siguientes elementos:

1) **Profesionalización:** de manera progresiva va desapareciendo la tropa de reemplazo, de manera que en el año 2003 todos los componentes de las FAS serán profesionales. Esto significa que su asistencia sanitaria estará cubierta por ISFAS, y que en muchos casos se podrá optar por la modalidad asistencial que se desee (sanidad militar, seguridad social o entidades de seguro libres). Por consiguiente, el médico de una unidad de la legión en Almería, de la Escuela Naval en Marín o de la base aérea de Chinchilla no va a tener misiones asistenciales.

2) **Reducción de las FAS,** en especial del ET. Menos personal, menos unidades.

3) **Nuevas misiones** en el extranjero: no sólo en el área OTAN, sino, cada vez más, en otras zonas de Europa o incluso de otros continentes, en misiones de mantenimiento de la paz o para «imponer» resoluciones de la ONU.

4) **Nueva tecnología** de comunicación: los avances en las tecnologías de comunicación permitirán en breve plazo cambiar la estructura de los órganos de mando y de las cadenas de mando.

Es evidente que la Sanidad Militar tiene que adaptarse a estos cambios si quiere seguir siendo útil a las FAS. Ante esto podríamos plantearnos las siguientes cuestiones: ¿Es necesario que Sanidad Militar se encargue de la asistencia sanitaria en tiempo de paz? ¿Hace falta mantener una estructura de 13 hospitales militares, aparte de las clínicas y otros centros asistenciales? ¿Es operativo, o lo será en el futuro, el actual sistema de dirección fraccionado entre Defensa y los tres Cuarteles Generales? ¿Va a hacer falta, en unas FAS profesionales, que haya un equipo médico en cada Unidad? Sinceramente, a todas estas preguntas yo contestaría no.

¿Necesitan las FAS un Servicio de Sanidad? Indudablemente, sí. Las funciones principales de un Servicio de Sanidad en el próximo siglo serían:

— Tener entrenados y preparados equipos para acompañar a las unidades y prestarles asistencia sanitaria en situaciones de conflicto en cualquier teatro de operaciones.

— Disponer de personal para prestar asistencia en maniobras y ejercicios.

— Realizar funciones de medicina de empresa y periciales (de forma análoga a los servicios sanitarios de la Guardia Civil en la actualidad).

— Investigar en el campo de la biotecnología y ciencias de la salud, en aspectos relacionados con los intereses de la Defensa.

— Disponer de estructuras de mando y organización capaces de coordinarse con estructuras civiles y gestionar situaciones de catástrofes masivas o conflicto generalizado.

En base a estas misiones o funciones, el servicio de sanidad, se podría organizar, en esquema, del siguiente modo:

1. **Mando.** Encuadrado en el Ministerio de Defensa o en el Estado Mayor de la Defensa. Creo que, la escasez de recursos, la cada vez mayor implicación conjunta de unidades de los tres ejércitos en misiones concretas y la eficacia organizativa obligan a unificar el mando real del Servicio Sanitario, que no debe depender de ningún ejército, sino estar al servicio de los tres y de la defensa en su conjunto.

Dirigido por un General de Sanidad, ese mando podría estructurarse en secciones (personal, organización, recursos, doctrina) y de él dependerían operativamente las unidades y el personal sanitario.

2. **Asesorías Sanitarias.** Dependientes del Mando de Sanidad, se destacarían en los CGs de los Ejércitos y de órganos de mando de la OTAN para asesorar sobre temas sanitarios a los mandos respectivos y coordinar la asistencia sanitaria a las unidades dependientes de cada CG.

3. **EMISAN.** Con funciones similares a las actuales, pero reduciendo al mínimo el profesorado de plantilla: creo que es preferible que la EMISAN tenga tan solo una estructura administrativa y que los profesores, si no en su totalidad, sí la mayoría, sean profesionales civiles o militares, que compatibilicen su trabajo con la docencia. La EMISAN podría tener una doble dependencia, del Mando de Sanidad y de la Dirección General de Enseñanza.