

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.

4. **Instituto de Investigación Biotecnológica de las FAS.** Sobre la base de los actuales «Instituto de Medicina Preventiva», «Centro Militar de Veterinaria» y los centros de producción de medicamentos, se podría organizar un instituto orientado no tanto a la producción de vacunas o fármacos, como a la investigación en aspectos de interés para la defensa. España no va a fabricar armas químicas o biológicas, pero es necesario conocer sus efectos, investigar antídotos o vacunas, etc y a esa tarea difícilmente se dedicarían organismos civiles. En una palabra, estar al día en tecnología biomédica y poder ofrecer a los ejércitos datos científicos útiles para la defensa. El instituto debería estar coordinado con otros organismos similares de países OTAN para economizar esfuerzos.

5. **Hospitales Militares.** Aunque no va a ser tarea primordial del servicio de sanidad la asistencia en paz, sí debería haber algún hospital, por varias razones: como reserva de camas para situaciones de conflicto, para la realización de peritajes a los miembros de las FAS (y eventualmente a miembros de las Fuerzas de Seguridad del Estado), para la formación de especialistas militares (en todas las especialidades, incluyendo medicina de empresa y la especialidad militar que se podría crear de medicina de urgencia y/o catástrofes), para la asistencia a los miembros de las FAS que lo deseen y de otros ejércitos destinados o de maniobras en España. Creo que sería suficiente con un Hospital Militar Central, en Madrid (en mi opinión, mejor «Gómez Ulla» que el Hospital del Aire, por capacidad, amplitud y posibilidades de aumentar sus camas en caso de necesidad), cuyo objetivo debería ser constituirse en un hospital puntero, como lo son Bethesda o Walter Reed en Estados Unidos. Si con el personal de ISFAS que atendiese no fuera suficiente para obtener una ocupación adecuada, se podría ofrecer a otros organismos (policía nacional, por ejemplo) y atender a un sector de población de la zona (que supusiera hasta 300 camas de ocupación). También sería útil seguir disponiendo de un hospital de crónicos, como el actual Generalísimo, con una plantilla de personal reducida, para poder ofrecer asistencia a enfermos crónicos, que por su propia enfermedad o por motivos sociales, no pueden ser atendidos ambulatoriamente. Finalmente, se completaría esta reducida estructura hospitalaria, con otro hospital de agudos, de menor tamaño, que se podría especializar en medicina tropical. Por la situación geográfica de España, y sus responsabilidades en la OTAN y la ONU, no debemos olvidar la atención a los países africanos, donde es probable que tengan que intervenir en el futuro unidades internacionales, lo que hace necesario disponer de preparación en medicina tropical. Este hospital se encargaría de la asistencia en su ámbito territorial – debería estar situado en el sur de España– en similares condiciones que el Hospital Central. Creo que sería muy interesante estudiar la posibilidad de ofrecer este hospital a distintas ONG que operen en países africanos, como centro de apoyo y referencia. Esto permitiría, de una parte, realizar una labor humanitaria, a la que España, como país desarrollado, está moralmente obligada, y, por otra parte contribuiría a mejorar la imagen de las FAS, y proporcionaría experiencia en el manejo de enfermedades tropicales a los médicos destinados en dicho hospital; experiencia que podría ser muy útil en el caso, no improbable, de tener que intervenir las FAS españolas en acciones militares en ese ámbito geográfico.

6. **Equipos de Urgencias.** Repartidos por el territorio nacional, se organizarían equipos de urgencias, constituidos por especialistas en medicina de urgencias o de catástrofes (como expuse anteriormente, creo que es necesaria la creación de esta especialidad militar), tanto médicos como DUE. Estos equipos trabajarían, de forma habitual, encuadrados en los servicios de urgencia de las Comunidades Autónomas o Municipios importantes (SAMUR, 061, etc), y se dispondría de ellos en caso de maniobras o conflictos.

7. **Servicios Sanitarios de las Unidades.** Para prestar atención a las Unidades de los tres ejércitos. Creo que deberían depender del Mando de Sanidad y cubrir la atención por cantones, independientemente del ejército del que dependen las unidades. Por ejemplo, en Palma de Mallorca, se formaría un equipo de atención a las unidades, con un número de miembros en función de la población militar de la plaza, con la misión de atender, como médicos, bromatólogos o DUE de empresa, al conjunto y a cada una de las unidades militares de la plaza o cantón. En caso de maniobras de unidades de tierra, salidas a la mar de buques y operaciones aéreas, esos servicios se reforzarían, si fuera necesario, con elementos de los equipos de urgencia.

8. **Sanitarios militares en «reserva».** Una vez encuadrado el actual personal de Sanidad Militar en las estructuras hasta ahora citadas, el personal «sobrante» se podría destinar, con el correspondiente convenio, en centros hospitalarios civiles, donde desarrollara una labor asistencial que le permitiera ser útil a la sociedad y mantener una correcta preparación profesional. En caso de producirse vacantes en alguna de las unidades sanitarias antes citadas, se podría disponer de este personal, al igual que en caso de conflicto.

En resumen, lanzo en este artículo una serie de ideas, modesto fruto de mi experiencia personal y de mi cariño por la Sanidad Militar. Agradeceré discrepancias, matizaciones, correcciones, sugerencias e incluso descalificaciones globales, si estas sirven para generar nuevas opiniones sobre este tema, que creo interesa a todos y sobre el que quizá convenga realizar una «tormenta de ideas», quedando bien claro que al final todos apoyaremos unánimemente las decisiones de nuestros mandos.

A.J. Gómez Duaso, *Cte.San.Med.*  
Hospital Militar del Rey  
Las Palmas de Gran Canaria

---

### El futuro de los servicios médicos centrales en las FAS

En memoria del General Subinspector Médico D. Gonzalo Piédrola Gil, Catedrático de Medicina Preventiva y Académico de la Real Academia de Medicina

---

Últimamente se habla mucho de la “Medicina basada en la evidencia”, de manera que solamente es posible lo que se evidencia como tal, lo que se demuestra, lo obvio. La razón es básicamente ética, pues ¿cómo admitir una consecuencia intuitiva, pudiéndola tener deductiva, siendo igual la causa y distintos los efectos? Porque si aumentamos el nivel de información, nos encontraremos con una mayor colateralidad y, por tanto, obten-