

La Sanidad Militar de las Fuerzas Armadas Francesas Organización y funcionamiento

L.M. Villalonga Martínez¹, J. Alsina Álvarez²

RESUMEN

En el presente artículo los autores exponen la organización y funcionamiento de la Sanidad Militar Francesa, comentando las tendencias de dicha Sanidad para el próximo futuro, en el que tendrá que enfrentarse a la profesionalización de las FAS y a una reducción de sus efectivos. Se establece un paralelismo entre las sanidades militares francesa y española.

PALABRAS CLAVE: Sanidad Militar - Francia - Organización Sanidad Militar - Profesionalización de las Fuerzas Armadas - Reducción de personal

Med Mil (Esp) 1998;54 (2): 111-117

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La atención sanitaria en campaña durante siglos se redujo a unos cuidados elementales efectuados por el mismo herido o por sus compañeros. Pero la aparición de las armas de fuego y de los grandes ejércitos hizo necesaria la creación de una organización que se ocupara de la atención a los heridos así como de adoptar las medidas higiénicas necesarias. De esta forma Francia, junto con España, fue uno de los primeros países en crear un Servicio de Sanidad Militar, que en el país vecino nace mediante un Real Decreto de Luis XIV de 17 de enero de 1708. Mediante dicho decreto se establecen vacantes permanentes de médicos y cirujanos así como hospitales para tratar al personal de los ejércitos, función a la que pronto se añade para los más importantes la función docente del personal sanitario. Sin embargo la gestión de estos establecimientos estaba encomendada a empresarios, no ocupándose el personal sanitario más que de la función estrictamente diagnóstica y terapéutica.

Durante la Revolución y el Imperio ocurren dos innovaciones importantes para el Servicio de Sanidad: por un lado se afirma la primacía de la autoridad médica sobre la administrativa y por otro se define el caduceo, que permanecerá hasta la actualidad como símbolo del Cuerpo de Sanidad (figura 1). Aunque la Restauración restableció la subordinación del Servicio de Sanidad a la Intendencia, la Sanidad recuperó lentamente su auto-

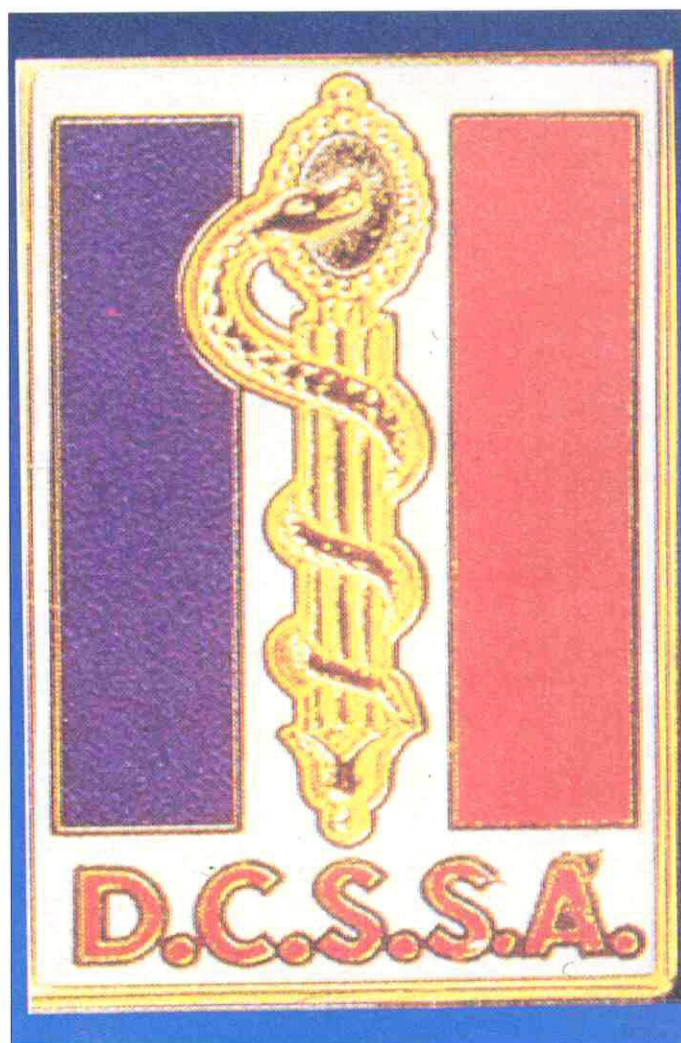


Figura 1. El caduceo, símbolo del Servicio de Sanidad francés.

¹ Cor. San. Med.

² TCol. San. Med.

Inspección General de Sanidad. Madrid

Dirección para la correspondencia: TCol. de Sanidad D. Javier Alsina Álvarez. Inspección General de Sanidad. Ministerio de Defensa. Pº Castellana 109. 28071 Madrid.

Fecha de recepción del manuscrito: 28 de enero de 1998

Fecha de aceptación del manuscrito: 2 de febrero de 1998

mía a lo largo del siglo XIX, alcanzándose plenamente en 1889, bajo la III República. Dicha autonomía se impuso como solución debido, no solo a la evolución de las ciencias médicas, sino también a los desastres sanitarios de las campañas del Segundo Imperio.

Hasta 1948 la Sanidad de cada Ejército estaba gestionada por su propia Dirección de Sanidad. El 1 de enero de 1948 se crea una dirección única y en 1962 se establece la Dirección Central del Servicio de Sanidad de los Ejércitos (DCSSA) a quien se encarga la elaboración de las líneas directrices o política sanitaria en los ámbitos científico, social, hospitalario y logístico-operativo (figura 2).

Ya en la actualidad, el nuevo plan de organización de la Defensa del año 1991, denominado «Ejércitos 2000», marca igualmente una etapa importante en la historia del Servicio de Sanidad de los Ejércitos reforzando su autonomía mediante, por una parte la remodelación de su componente operativo de acuerdo con la articulación de las fuerzas (operativas o de defensa del territorio) y por otra parte transfiriendo a la administración central organismos que antes eran de subordinación regional. Así quedan establecidas dos cadenas: la operativa (presencia e integración en las fuerzas) y la estructural (campos técnico y logístico). De esta forma la reorganización no solo incrementa la autonomía del Servicio sino que además permite una mejor gestión mediante el reagrupamiento funcional de sus medios.

ORGANIZACIÓN

La DCSSA, mandada hasta 1996 por un general de división médico, y en la actualidad por un teniente general inspector médico, denominado Director Central, efectúa la administración general del Servicio. El Director Central es responsable ante el Ministro de Defensa de la administración y gestión del Servicio, de su personal y de las misiones efectuadas en apoyo de otros departamentos ministeriales. En lo referente al apoyo sanitario de las fuerzas depende del Jefe del Estado Mayor de la Defensa, y se relaciona directamente con los jefes de los estados mayores de los ejércitos y con el Director General de la Gendarmería para establecer los apoyos específicos en cada caso, así como con los directores de sanidad de cada uno de los tres ejércitos.

Existe asimismo un Inspector General del Servicio de Sanidad, que depende directamente también del Ministro de Defensa y es su consejero permanente con misiones de inspección, estudios e información. También existe en cada uno de los estados mayores y en la Gendarmería como asesor sanitario (figura 3 y 4).

La DCSSA está constituida por seis subdirecciones, cada una de ellas mandada por un general de brigada médico:

- Estudios, planificación y gestión
- Acción científica y técnica
- Asuntos administrativos y financieros
- Organización logística
- Hospitales
- Recursos humanos

Al ser un servicio interejércitos, la Sanidad dispone de organismos propios que integran la «logística sanitaria». Estos organismos, encargados del apoyo conjunto de los ejércitos y de la Gendarmería, están directamente subordinados a la DCSSA.

Entre estos organismos cabe citar toda la red hospitalaria militar, el Centro de Hemoterapia, Escuelas, Servicio de Protección Radiológica, Dirección de Abastecimiento, Centro de Tratamiento de la Información Sanitaria, etc.

Ahora bien, dado que la Sanidad es también un servicio adaptado al apoyo específico de cada ejército, está también presente en las unidades. De la DCSSA cuelgan las dos cadenas del servicio, por un lado la cadena territorial o estructural y por otro la cadena operativa. La cadena estructural dispone de una dirección de sanidad, mandada por un general médico, en cada región militar, marítima y aérea. Asimismo en cada circunscripción militar o distrito marítimo hay un jefe de sanidad. Estos elementos están subordinados, jerárquica y técnicamente, al Director Central. Su acción se ejerce esencialmente en favor de los servicios sanitarios de las unidades.

La cadena operativa es una cadena orgánica de las fuerzas compuesta por una dirección de sanidad mandada por un general médico en el III Cuerpo y en la Fuerza de Acción Rápida y jefaturas de sanidad en las divisiones de las fuerzas terrestres y en las fuerzas marítimas independientes. Estos organismos están subordinados jerárquicamente al mando correspondiente de las fuerzas y técnicamente al Director Central.

En las dos cadenas un jefe de sanidad, asesor técnico del mando, es responsable del apoyo sanitario en cada unidad de Tierra, Mar, Aire y Gendarmería.

MISIONES

La misión prioritaria del Servicio de Sanidad Militar es, evidentemente, asegurar el apoyo sanitario de los ejércitos. Además la Sanidad puede ser encargada de ejecutar determinadas misiones en beneficio de otros departamentos ministeriales, particularmente en el campo de la ayuda técnica y de la cooperación.

Este apoyo sanitario se extiende, en determinadas condiciones, a otras personas que no dependen del Ministerio de Defensa, fundamentalmente a familiares del personal militar. Asimismo la red hospitalaria militar colabora con el servicio público hospitalario.

APOYO EN PAZ

La protección de los efectivos consiste en la aplicación de medidas de medicina preventiva (vigilancia de la higiene general e individual, vacunaciones, educación sanitaria, etc) y de medicina curativa, dispensadas por los servicios sanitarios de los buques o unidades, servicios sanitarios de guarnición y hospitales militares. Se incluye asimismo el apoyo tanto en el aspecto farmacéutico como en el veterinario.

Un aspecto muy importante es la selección de los efectivos. La selección del personal de reemplazo, próximo a desaparecer por otra parte, se efectúa en los diez centros de selección de la metrópoli y en los cinco centros situados en los departamentos y territorios de ultramar. En lo que se refiere a las actuaciones periciales necesarias para determinar la aptitud para una actividad específica, o para fijar el grado de invalidez de una lesión o

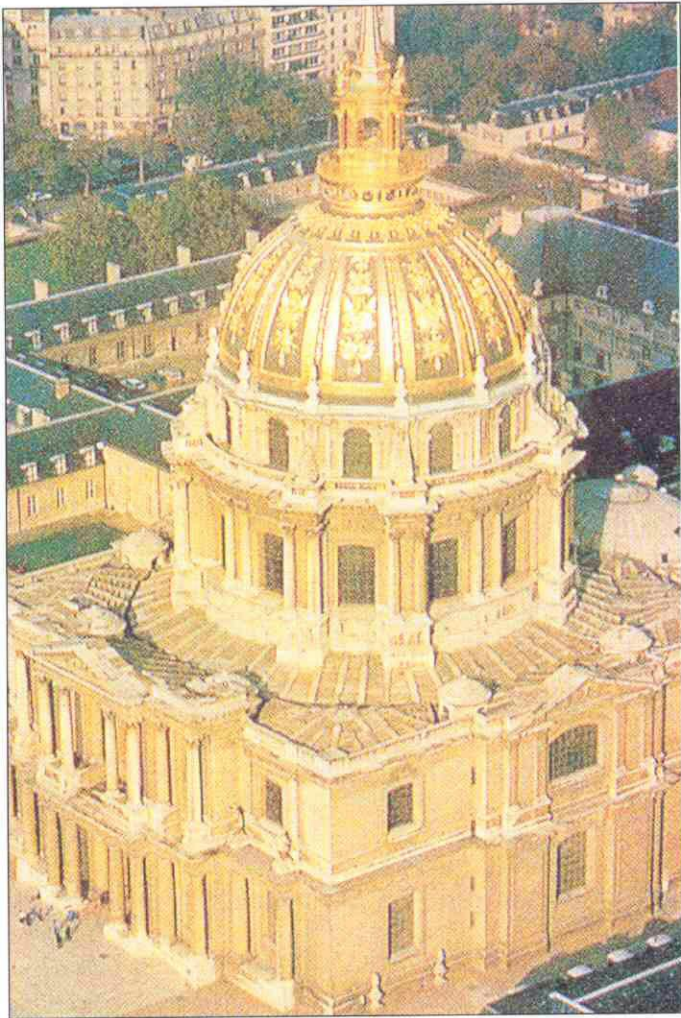


Figura 2. La Dirección Central de Sanidad, situada en el edificio histórico de los Inválidos, será trasladada próximamente.

enfermedad, se llevan a cabo en todos los escalones, desde los servicios sanitarios de las unidades hasta los centros periciales de personal de vuelo, pasando por los hospitales militares.

APOYO EN CAMPAÑA

Continuación del apoyo en tiempo de paz, su misión fundamental es: salvar el máximo de vidas y garantizar al combatiente una atención sanitaria lo más precoz posible en toda circunstancia (figura 5).

A este objeto el Servicio de Sanidad se integra en el dispositivo de apoyo establecido por cada Ejército. El dispositivo sanitario se inicia en la línea de combate y alcanza las zonas más lejanas del territorio nacional. Dispone de los siguientes medios:

- Secciones sanitarias integradas en los regimientos, responsables de la recogida de heridos, primeros auxilios, transporte a los puestos de socorro y primeros cuidados médicos.
- Elementos de sanidad ligeros y móviles, constituidos por las secciones modulares de recogida y clasificación. Encargados de clasificar a las bajas según la urgencia de su tratamiento, efectúan, en su caso, la descontaminación y dispensan la aten-

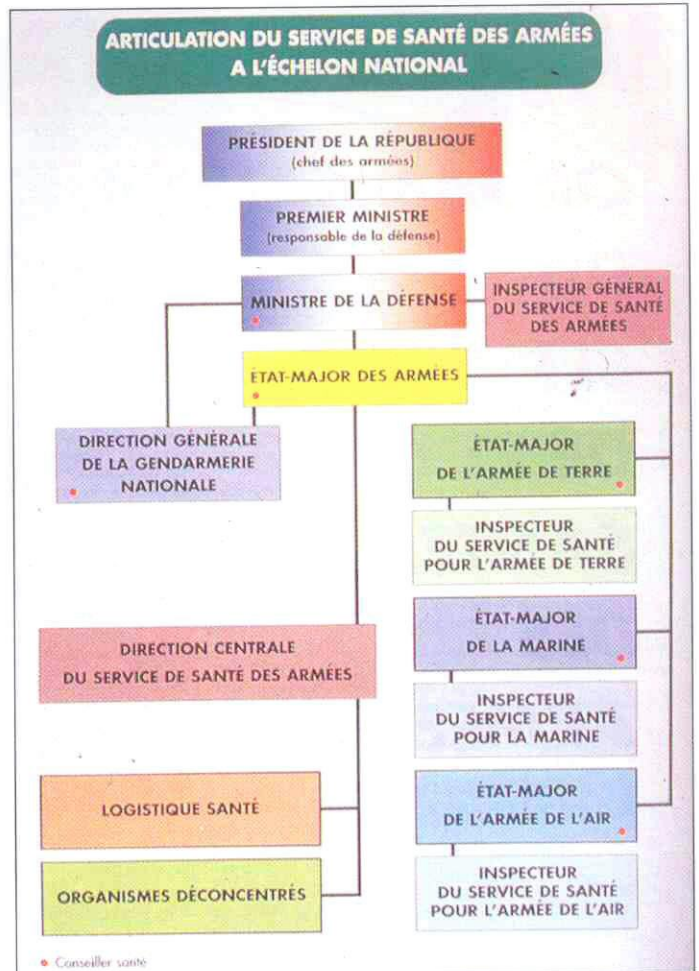


Figura 3. Articulación del Servicio de Sanidad a escala nacional.

ción médico-quirúrgica de urgencia así como la reanimación.

— Medios de transporte sanitario adaptados al transporte a corta distancia: unidades especializadas en el transporte sanitario por carretera y helicópteros del Ejército de Tierra.

— Hospitales móviles de campaña y equipos quirúrgicos modulares en la zona de operaciones, de capacidad variable pero reservados en principio a las bajas más graves.

— Hospitales fijos en el territorio nacional, que comprenden los hospitales militares de tiempo de paz, hospitales creados para tiempo de guerra (hospitales complementarios) y los hospitales civiles puestos a disposición de las FAS.

— Medios de transportes a distancias mayores: trenes sanitarios y aeronaves de la Fuerza Aérea.

Para cumplir su misión en operaciones el Servicio de Sanidad dispone asimismo de:

- Capacidad de abastecimiento de material sanitario
- Unidades adaptadas a misiones específicas; antenas quirúrgicas paracaidistas o aerotransportables, antenas médicas paracaidistas o aerotransportables, compañías sanitarias de montaña.

Ahora bien la actual situación estratégica a nivel mundial ha aconsejado la organización en tiempo de paz de estructuras activas capaces de ser proyectadas en operaciones exteriores. En el Ejército de Tierra son las antenas médicas y quirúrgicas antes

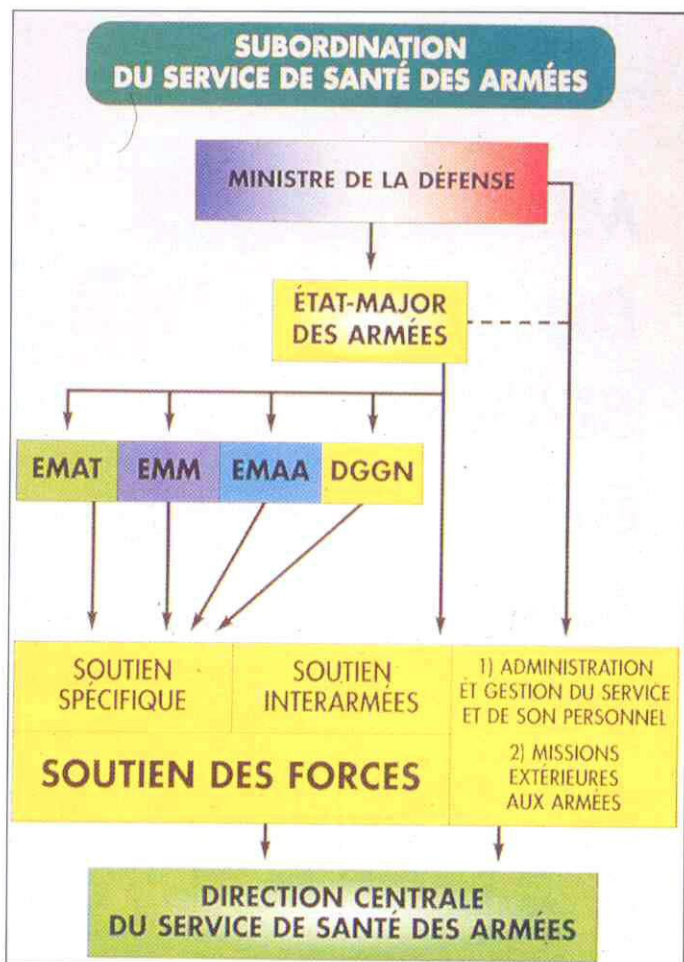


Figura 4. Subordinación de la Sanidad Militar.

ciudades, batallones sanitarios de división y un regimiento sanitario que fue creado en 1992. En la Marina existen antenas quirúrgicas navales y las instalaciones sanitarias de algunos barcos (portaaviones y el navío de apoyo sanitario «Rance»).

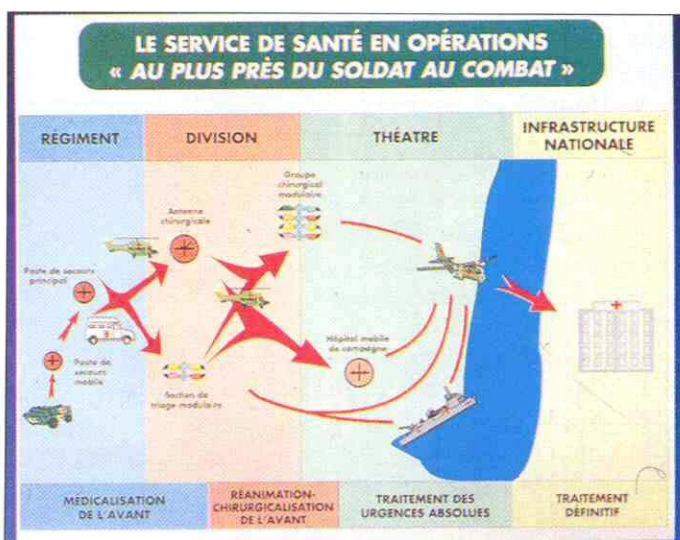


Figura 5. Despliegue operativo del Servicio de Sanidad francés.

ANTENAS

El apoyo sanitario en operaciones exteriores reposa fundamentalmente sobre las formaciones denominadas «antenas», unidades sanitarias muy móviles y flexibles. Pueden asegurar el apoyo quirúrgico y médico de una fuerza de 1.500-2.000 hombres. Las antenas se emplean tanto en el marco de misiones humanitarias como en catástrofes o desastres.

La antena quirúrgica tiene una capacidad operatoria de 10-12 urgencias «prioridad 1» diarias, puede asimismo hacerse cargo de la clasificación y puesta en estado de evacuación de 100 bajas al día. Está integrada por 12 miembros (dos cirujanos, un anestésista, 6 suboficiales ATS especializados y 3 de tropa) (figura 6).

COLABORACIÓN CON OTROS MINISTERIOS

La Sanidad Militar francesa colabora asimismo con otros ministerios u organismos diferentes de los ejércitos, mereciendo subrayarse que la novena parte de los oficiales están destinados fuera de los ejércitos. Entre los ministerios con los que colabora la Sanidad se pueden citar: el de la Cooperación, el de los Departamentos y Territorios de Ultramar, Ministerio de Antiguos Combatientes, de Equipamiento y Transportes, del Interior y de organismos como la Caja Nacional Militar de Seguridad Social y el Instituto Francés de Investigación Científica para el Desarrollo en Cooperación.

También a menudo ante acontecimientos importantes culturales o deportivos, como por ejemplo los Juegos Olímpicos de Albertville, se solicita al Servicio de Sanidad que organice el apoyo sanitario.

ACCIONES PURAMENTE HUMANITARIAS

Desde hace unos 30 años existen unos medios de acción rápida agrupados en el seno de una Fuerza Militar de Asistencia Humanitaria de Intervención Rápida (FAHMIR), que se integra en el dispositivo de socorro militar en caso de catástrofe. FAH-



Figura 6. Antena quirúrgica desplegada durante la Guerra del Golfo.

MIR está compuesto por tres formaciones sanitarias específicas: el Elemento Médico Militar de Intervención Rápida (EMMIR), la Célula de Identificación de Víctimas Militares de Catástrofes (CIVMC) y la BIOFORCE.

El EMMIR es una formación sanitaria de campaña polivalente, aerotransportable y autónoma, integrada por 75 personas con una capacidad hospitalaria de 100 camas. El personal desarrolla habitualmente su actividad en los hospitales militares, pudiendo partir a las 24 horas de la alarma.

El CIVMC, unidad encargada de la identificación de víctimas militares de una catástrofe, está integrada no solo por personal de activo sino también por oficiales de reserva y forenses.

La BIOFORCE fue creada en 1983 mediante un acuerdo entre el Ministerio de Defensa, el de Asuntos Exteriores y los Institutos Mérieux y Pasteur. Su misión es colaborar con la sanidad pública de un país que solicita ayuda para solventar una situación de crisis o de catástrofe epidemiológica. A tal fin puede constituir una misión de investigación epidemiológica para identificar un problema y decidir la respuesta adecuada o bien organizar una campaña de vacunación para prevenir una epidemia. La composición del equipo varía de acuerdo con las características de la misión, estando generalmente constituido por personal del Instituto Militar de Medicina Tropical a los que se pueden sumar integrantes procedentes de diferentes hospitales militares. Normalmente se apoya sobre el personal, medios e infraestructura del país solicitante, así como sobre unidades francesas previamente desplegadas en dicho país o en países vecinos.

RED HOSPITALARIA

La red hospitalaria militar francesa depende directamente de la DCSSA, Subdirección de Hospitales, por lo que es interejércitos y el personal sanitario que en ella trabaja puede proceder de cualquiera de los ejércitos (figura 7).

En la actualidad se dispone de un total de 6.050 camas, distribuidas en diez hospitales de instrucción (HIA), once centros hospitalarios (CHA) y tres enfermerías-hospitales en ultramar.

Los HIA, como su nombre indica, son hospitales docentes y que por tanto disponen de un alto nivel de especialización e instalaciones, destacando entre ellos el HIA «Percy» (París) inaugurado en 1995. Este hospital, de un magnífico nivel en todos sus aspectos, está específicamente concebido para la recepción de urgencias de quemados y radiocontaminados, campos en los que se ha constituido en centro de referencia. La red hospitalaria, aunque proporcionando a sus usuarios todo el abanico de las especialidades médicas, ha desarrollado específicamente unos sectores, como el tratamiento de quemados, neurocirugía y medicina nuclear, en los que se ha constituido en verdadera vanguardia de la sanidad nacional (figuras 8 y 9).

Los CHA, hospitales de menor nivel que los anteriores, están distribuidos en la Francia metropolitana y en ultramar, existiendo dos en Papeete y Djibouti. Durante la próxima reducción de instalaciones, que se efectuará paralelamente a la profesionalización de las FAS, los once CHA serán clausurados quedando únicamente los diez HIA.



Figura 7. Ubicación geográfica de los establecimientos integrantes de la red hospitalaria militar.

PERSONAL BENEFICIARIO

El acceso a los hospitales militares está abierto a todo tipo de pacientes, aunque no tengan relación alguna con el Ministerio de Defensa, siempre y cuando estén afiliados a un organismo de protección social y existan camas libres. Es decir, en pri-



Figura 8. Interior del Hospital Militar «Percy».



Figura 9. Unidad de Tratamiento de Quemados del Hospital Militar «Percy».

mer lugar han de satisfacerse las necesidades militares, teniendo en cuenta los beneficiarios denominados «obligados» y los «prioritarios».

Los beneficiarios obligados son los militares, que no tienen libre elección, pero que reciben atención sanitaria gratuita. En este grupo se incluye el personal de reemplazo, militares en activo que padecen herida o enfermedad imputable al servicio, con ocasión de reconocimientos médicos (selección, cursos, etc) y al antiguo personal de reemplazo por heridas o accidentes ocurridos durante su período de servicio si no se benefician de un régimen de seguridad social.

Los beneficiarios prioritarios reciben atención médica, sufragada por los organismos de protección social a los que pertenecen dichos beneficiarios, y pueden elegir libremente el establecimiento sanitario, convirtiéndose en prioritarios en la medida en que desean ser atendidos en un hospital militar. En esta categoría se incluyen los militares en activo por herida o enfermedad no imputables al servicio, los magistrados en ejercicio de funciones judiciales militares, alumnos de centros docentes militares, militares extranjeros alumnos de cursos en Francia, reservistas que padecen una enfermedad o lesión sobrevenida durante maniobras o ejercicios, funcionarios de tesorerías o estafetas militares, etc.

PERSONAL: FORMACIÓN Y CARRERA PROFESIONAL

En tiempo de paz los efectivos del Servicio se elevan a unas 21.000 personas, entre las que cabe diferenciar los profesionales (2.600 oficiales médicos, 240 farmacéuticos, 20 odontólogos, 45 veterinarios y 390 oficiales del cuerpo técnico y administrativo) y los procedentes del contingente (1.450 oficiales médicos, 330 farmacéuticos, 230 odontólogos, 150 veterinarios y 70 oficiales del cuerpo técnico y administrativo).

Los alumnos de las dos escuelas de Sanidad Militar, situadas en Lyon-Bron y Burdeos realizan la carrera de medicina en las universidades de las respectivas ciudades, donde siguen exactamente los mismos cursos que sus homólogos civiles recibiendo además una enseñanza complementaria médico militar y específicamente militar.

El último año de la formación de los alumnos transcurre en la Escuela de Aplicación de Sanidad, ubicada en Val-de-Grâce (París), donde al finalizar reciben el título de médico o farmacéutico en su caso. Los alumnos veterinarios efectúan su período de aplicación tras haber obtenido el correspondiente título.

Posteriormente son destinados al ejército de su elección, donde realizarán toda su carrera profesional excepto en el caso de ser destinados a organismos interejércitos, como la DCSSA, los hospitales, centros de abastecimiento o investigación. El personal destinado en un ejército viste el uniforme propio de dicho ejército y, en caso de ser destinado a un organismo interejércitos, cambia al uniforme común del Servicio de Sanidad, coloquialmente denominado «ecuménico».

Tras un período mínimo de tres años en las unidades, y tras superar un examen-oposición, los oficiales pueden alcanzar el título de asistente del Servicio de Sanidad y orientarse hacia una especialización de cuatro o cinco años, que puede ser en una

disciplina hospitalaria, de investigación, veterinaria o en los destinos específicos de la Sanidad Militar.

Los empleos abarcan desde capitán médico (empleo obtenido al finalizar sus estudios en la Escuela) hasta teniente general. Existe asimismo, para los oficiales médicos que han desarrollado su carrera como especialistas hospitalarios, la posibilidad de ser ascendidos a general honorario de brigada y división continuando en el desempeño de su función como especialistas, pero con sueldo y reconocimiento formal de su empleo de general.

ABASTECIMIENTO

La Dirección de Abastecimiento y de Establecimientos Centrales es la responsable de la adquisición o fabricación de medicamentos, artículos farmacéuticos y material sanitario en general necesario para el apoyo sanitario tanto en paz como en operaciones.

Este organismo, que depende directamente de la Subdirección de Organización Logística de la DCSSA, tiene bajo su autoridad a una serie de establecimientos centrales especializados en los tres aspectos:

— Producción; la Farmacia Central Militar, que elabora medicamentos específicos o de gran consumo y controla los adquiridos a la industria farmacéutica, el Establecimiento Central de material sanitario, equivalente a nuestros parques de sanidad, que mantiene y repara el material sanitario, balas de gases médicos y dispone también de talleres de óptica e impresión.

— Abastecimiento; tres establecimientos centrales de abastecimiento sanitario y cuatro farmacias-almacenes de puertos.

— Mantenimiento y movilización; dos establecimientos centrales de materiales de movilización y otros cinco centros de menor entidad.

FINANCIACIÓN

Los recursos financieros del Servicio de Sanidad pueden diferenciarse en dos tipos; los recursos propios y los recursos «en especie». Estos últimos están constituidos por los sueldos y las cargas sociales del personal militar (oficiales y suboficiales) y civil que los ejércitos ponen a disposición del Servicio de Sanidad.

Los recursos propios de la Sanidad se componen de los créditos presupuestarios y de los ingresos que se perciben por la actividad sanitaria reembolsable por otros organismos. En el presupuesto de 1994 aproximadamente un 22 % fueron recursos «en especie», un 41 % fue aportado por el presupuesto y el restante 37% procedió de la actividad reembolsable del Servicio. De hecho la importancia de los ingresos del Servicio, a través de su actividad reembolsable, lo convierten en un caso único en el ámbito del Ministerio de Defensa.

La mayor parte de los recursos propios (86 %) se emplea en los gastos corrientes es decir, remuneraciones y cargas sociales del personal de Sanidad y el funcionamiento normal de los centros. El 14 % restante se invierte en gastos de capital, es decir, infraestructura y equipamiento.

TENDENCIAS DE LA SANIDAD MILITAR FRANCESA. «EL SERVICIO DE SANIDAD 2002»

La plantilla prevista para el año 2002, fecha de la profesionalización de las FAS, es la siguiente:

Oficiales.....	3.406
Personal técnico, suboficiales, alumnos.....	3.784
Tropa (voluntarios, contratados).....	479
Personal civil.....	5.840
TOTAL.....	13.509

A fin de acercar lo más posible el apoyo sanitario a la fuerza se asigna un médico por unidad elemental de combate. En lo que respecta al Ejército de Tierra se mejorará el apoyo sanitario a través la profesionalización completa del 1º regimiento sanitario, se reforzará con dos hospitales móviles de campaña y se creará una unidad compuesta por cuatro batallones sanitarios.

En el Ejército del Aire, las bases aéreas, según su importancia y sus misiones específicas, dispondrán de 3 a 5 oficiales médicos.

Las condiciones de aislamiento del apoyo sanitario en la mar han fijado el personal sanitario en los barcos, aunque ya el plan OPTIMAR había supuesto importantes reagrupamientos funcionales de los apoyos en tierra.

En la Gendarmería Nacional se prevé un incremento de la presencia sanitaria debido a las condiciones planteadas por el empleo de su personal, a menudo utilizado en acciones de alto riesgo, tanto en la metrópoli como fuera de ella.

El nuevo modelo hospitalario deriva directamente de las misiones operativas asignadas a los ejércitos. Se dispondrá de 3.200 camas repartidas en los hospitales de la metrópoli. De esta forma se garantiza el mantenimiento de la capacidad técnica del personal, se permite la organización de estructuras pluridisciplinarias entre servicios complementarios y el mantenimiento de las acreditaciones indispensables para poder atender a los pacientes, dependientes o no del Ministerio de Defensa, que se les confíen.

La reorganización del reabastecimiento ya se ha iniciado con la modernización y optimización de los cinco puntos geográficos en los que se ha concentrado.

En lo que se refiere a la investigación y docencia hay que señalar que desaparecerá la instrucción del personal de reemplazo, pero surgirá una nueva misión: formar a la tropa profesional y asegurarle cuando sea necesario y posible una cualificación profesional civil.

Desde un punto de vista global la profesionalización del Servicio implica una reducción general del 27 % de los efectivos. Los efectivos previstos permitirán el apoyo sanitario simultáneo de una fuerza terrestre de 30.000 hombres, de una base aérea proyectable y de un grupo aeronaval sobre un teatro, mientras que, en un segundo teatro, se podrá apoyar un despliegue más limitado. Si fueran necesarios mayores despliegues sería indispensable recurrir a la reserva.

PARALELISMOS ENTRE LAS SANIDADES MILITARES ESPAÑOLA Y FRANCESA

En la faceta sanitaria militar se pone de manifiesto claramente que España y Francia comparten una cultura y un área

geoestratégica común, aunque las FAS francesas tienen desplegado un número significativo de su personal fuera de Europa. Debido a su localización geográfica los dos países han estado históricamente muy relacionados y el intercambio de ideas se ha producido con facilidad; de hecho en el ámbito histórico sanitario ambos países han sido pioneros en la creación de sus respectivas sanidades militares. Por último, aunque la Sanidad Militar francesa es de mayor entidad, puede ser, en muchos aspectos, un modelo a seguir para el desarrollo de la española.

Desde el punto de vista de la organización y situación actual de la Sanidad Militar, ambos tienen una Sanidad integrada y existe una cabeza común de la Sanidad, aunque se da la sustancial diferencia de que la DCSSA gobierna, no solo el aspecto técnico, sino también personal y presupuesto. Asimismo los dos Servicios se hallan incurso en un proceso de reducción y además afrontan otro proceso de profesionalización de las FAS a corto plazo.

Finalmente ambas sanidades, la francesa y la española, comparten principios generales éticos, sanitarios y logístico-operativos, no solo dentro de los principios generales OTAN, sino que basan su actuación en la flexibilidad y modularidad, como se pone de manifiesto en las unidades sanitarias desplegadas, como las antenas quirúrgicas francesas y los EMAT y UMAT españoles. Estas mismas unidades ejemplifican los conceptos de «adelantar la cirugía» y evacuar precozmente, entendiéndose las dos sanidades la evacuación como un acto médico y no administrativo.

CONCLUSIONES

En una época como la actual, tan marcada por los recortes presupuestarios, en la que se aumentan las misiones de las FAS, incluyendo el apoyo sanitario que se ha de prestar, disminuyendo simultáneamente los recursos humanos y materiales, se insiste, en el ámbito de la Alianza Atlántica y fuera de ella, en el concepto de «multinacionalidad», en las colaboraciones bi o multilaterales y en el reparto de cargas entre varias naciones, parece indispensable, para hacer frente a los múltiples problemas que surgen al desaparecer el mundo bipolar, colaborar con otras sanidades militares, como lo vienen haciendo los ejércitos (OTAN, EUROCUERPO, etc).

La cooperación franco-española en el ámbito de la Sanidad Militar, casi inevitable por geografía, historia, cultura, conceptos sanitarios muy similares y circunstancias actuales compartidas, como son la reducción y la profesionalización de las FAS, puede ofrecer a ambas partes beneficios mutuos, incrementando las posibilidades de colaboración y permitiendo a la vez la contención de costes de un servicio tan vital, y tan costoso, como es el sanitario.

FUENTES CONSULTADAS

1. Le Service de Santé des Armées. Ed. 1995. SIRPA Section Santé. 69, avenue de Paris. 00498 ARMÉES.
2. Un nouvel avenir pour le service de santé des armées. Armées d'aujourd'hui 1997 [mayo, 220].
3. Visita a la Sanidad Militar Francesa; Nov. 1997.