

Entrevista con

El General de División Don Julio Mezquita Arroniz Asesor Médico del Aire

MANUEL CORRAL BACIERO
FOTOS: ALFONSO TEXIDOR

EL Diccionario de la Real Academia de la Lengua inicia las acepciones de la palabra "crisis" con esta definición: *mutación considerable que acaece en una enfermedad, ya sea para mejorarse, ya para agravarse el enfermo*". Concepto de origen clínico el del vocablo, a él se refirió inevitablemente nuestro entrevistado en el curso de una larga conversación cuya pauta básica se debe al trabajo del Capitán Médico y miembro del Consejo de Redacción de RAA, Mario Martínez Ruiz.

Crisis es la que vive la Sanidad Militar, reiterando su concepto de mutación considerable, tanto por la historia que ha vivido en el último decenio como por las modificaciones que vivirá en el próximo. Para la más alta autoridad sanitaria del Ejército del Aire, la historia aún debe ser escrita y no convendría avanzar hipótesis sobre lo que podrá ir ocurriendo bajo múltiples condicionantes novedosos.

Su panorama es tan nítido que nuestras preguntas fueron meros hitos de una exposición redonda donde cada pieza iba encajando como en una partida de ajedrez bien jugada, aunque sería mejor decir que el encaje se producía como el de los órganos y sistemas en un cuerpo.



— ¿Cuáles han sido hasta el presente las principales circunstancias que han modificado el papel tradicional de la Sanidad Militar?

— Debo hablar del impacto que ha sufrido la Sanidad Militar por una serie de medidas legislativas que empiezan por la Ley de creación del Instituto Social de las Fuerzas Armadas y por su puesta en funcionamiento, que modifica profundamente el estado de nuestra Sanidad, tradicionalmente dedicada a dos funciones: una logística para la selección, conservación de la salud y recuperación de efectivos en tiempos de conflicto y otra que, en tiempo de paz, ampliaba su quehacer a la asistencia a las familias y retirados. Esta asistencia era imperfecta porque no estaba organizada como un sistema asistencial, sino como un añadido. Por eso al crearse el ISFAS, que es mucho más

“La Sanidad militar ha sufrido el impacto de una serie de medidas legislativas: la Ley de creación del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, y las “de Sanidad” y “Especialidades Médicas”.

que la asistencia médica —es la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas—, la Sanidad Militar pasa a ser una colaboradora más en la asistencia médica. Esto quizás no ha sido comprendido por muchos médicos militares porque no se ha reflexionado que, dentro de los problemas que atiende esta Seguridad Social, los de la salud son una contingencia más.

Un segundo aspecto legislativo que introduce modificaciones es básicamente civil: las leyes de Sanidad y de Especialidades Médicas. La primera concibe una sanidad unitaria y hubo que añadir una disposición adicional contemplando la existencia de los Hospitales Militares que, sin perjuicio de su apoyo a la colectividad, tienen un carácter logístico de apoyo a la fuerza que no es el meramente asistencial. Son dos aspectos de la sanidad que deben colaborar, pero no son superponibles.



La Ley de Especialidades fija que para ejercer en España cualquier puesto como especialista hace falta tener el título oficial de la especialidad. Hasta ella, los títulos de especialista se obtenían de un modo "sui generis"; demostrando que se había ejercido la especialidad durante dos años. Tradicionalmente las Fuerzas Armadas habían sido más rigurosas y habían creado los diplomas militares, que se obtenían inicialmente en el Hospital "Gómez Ulla", escuela madre de los especialistas de las FAS porque tenía un profesorado y un centro muy bien dotado. En nuestro Ejército, cuando el Hospital del Aire tuvo servicios con elementos suficientes para impartir la docencia también se desarrollaban estos diplomas. Eramos autosuficientes formando diplomados.

“Los Hospitales Militares, sin perjuicio de su apoyo a la colectividad, tienen un carácter logístico de apoyo a la fuerza que no es el meramente asistencial”.

ahora las especialidades quirúrgicas requieren cuatro y cinco años. Si añadimos que al entrar ya se es médico, que hay que ingresar y pasar un tiempo de dos años en una Base o

No tiene nada que ver la existencia de una Academia de Sanidad Militar, donde reciben formación específica Licenciados en Medicina para su nueva vida profesional, con las relaciones con el Ministerio de Educación, mientras que si está relacionada la formación de especialistas, o lo que hacemos cooperando con el Ministerio de Educación en la formación de alumnos de los últimos años de la carrera en una forma que la colaboración Universidad-Sanidad Militar resulta necesaria, intensa y muy fructífera para ambas partes, porque la Universidad no tiene suficiente número de camas por alumno y, por otro lado, es un gran estímulo para nuestros médicos, porque tienen que estar al día para formar a los alumnos, con la lógica mejora de la asistencia, como se ha notado de una forma clara en los hospitales que tienen concedida docencia.

— *¿Está garantizada la cobertura de especialistas?*

— Tenemos especialidades de las que hay mucha escasez por su alta demanda y, si los estímulos o las retribuciones no son adecuadas, dentro de un mercado libre de trabajo se produce una fuga natural de estos especialistas. En España hay especialidades con pocos profesionales como anestesia, UVI, intensivistas, radiología o técnicas de exploración por la imagen, y tenemos los mismos problemas que en los centros civiles.

La situación puede ser preocupante, por ejemplo en el Hospital del Aire, de la plantilla militar de anestesiólogos existente, estamos esperando que uno se acabe de diplomar para incorporarse.

— *¿Puede paliar la situación la incorporación de personal de Complemento?*

— La Escala de Complemento puede ser una solución muy buena para atender escalones básicos y permitir que la Sanidad Militar tenga una mayor dedicación a los aspectos logísticos de medicina ocupacional del Ejército del Aire, que es la razón esencial de ser de una sanidad muy específica, la de la Fuerza Aérea, y que debe ser potenciada: atender al personal volante en selección, entrenamiento y prevención de enfermedades profesionales.

Téngase en cuenta que en los destinos donde hay aviones de altas prestaciones debe haber médicos de vuelo y actualmente tenemos sólo tres. Esta es una figura que está más



Esta norma autoriza la formación de especialistas en centros militares sin ningún privilegio y exige que los servicios donde se realizan estén acreditados tras la supervisión de la comisión de cada especialidad médica del Ministerio de Educación y Ciencia. Esta situación resuelve en parte el problema, porque Tierra tiene veintidós servicios acreditados y el Hospital del Aire trece, pero a veces coinciden las especialidades y en otros casos ni uno ni otro tenemos servicios acreditados, lo que obliga a que nuestros especialistas se formen fuera del ámbito militar.

— *¿Qué problemas principales crea esta situación diferente?*

— El tiempo de escolaridad se ha incrementado mucho. Antes podíamos tener un cirujano en dos años,

destino periférico y luego hay que hacer una oposición interna para una especialidad, pasan siete u ocho años hasta que tenemos un especialista. Dicho de otra manera, hay una detraición de casi un 20 por ciento del colectivo que está continuamente en formación.

— *¿Se resolvería esto con la existencia de una Academia de Sanidad Militar?*

— Pienso que en el futuro Cuerpo de Sanidad de las Fuerzas Armadas existirá necesariamente una Academia de Sanidad Militar. Tierra la tiene actualmente como Escuela de Asistencia Sanitaria y en el Ejército del Aire la dejamos de tener por ser un contingente pequeño. Hoy la Armada y nosotros lo paliamos con otro tipo de medios propios.

desarrollada ya en otros países y deberíamos conseguir que hubiera un 10 por ciento de la plantilla que fueran médicos de vuelo.

— *¿Y el recurso a la contratación de personal civil?*

— Para empezar, hay dificultades porque la plantilla general del Ministerio de Defensa está excedida. Además, hay un problema histórico vivido en todos los países, que es el relacional, donde convive personal civil y militar, porque se rigen por legislaciones distintas y la situación se complica mucho, como he podido vivir siendo Director del Hospital del Aire.

El personal civil presta un servicio extraordinariamente importante en la Sanidad Militar, es un personal muy vocacionado y lleno de méritos, muchas veces con estímulos o niveles salariales pequeños, pero su vinculación y espíritu es muy alto, sin embargo su dimensionamiento debe tener limitaciones aún considerando que son necesarios, y esto debe tenerse en cuenta no sólo porque no se pueda disponer de personal militar.

— *¿Qué puede suponer la prevista unificación de los Cuerpos de Sanidad Militar de los tres Ejércitos?*

— Lo que dice la Ley de Función Militar es concluyente, pero escaso. Se prevé que existirá, entre los cuerpos comunes de la Defensa, uno de Sanidad Militar que engloba a los de los tres Ejércitos, más Farmacia y Veterinaria de Tierra y los Diplomados en Enfermería.

Si analizamos ejemplos exteriores, lo que sí se puede observar es una gran tendencia a que, en los escalones superiores, el mando vaya siendo alternativo. En la sanidad norteamericana dentro de la OTAN, el mando lo ejerce cada seis meses un General de dos estrellas de Tierra, Mar o Aire, porque a esos niveles sí se ve muy conveniente que haya una visión de conjunto, igual que hay una acción unificada o un Estado Mayor Conjunto, situándose la Sanidad Militar en el mismo nivel doctrinal.

“La colaboración Universidad-Sanidad Militar resulta necesaria, intensa y muy fructífera para ambas partes.”

Si esto parece evidente y eficaz en los niveles altos del mando, a otros niveles, como médico de Unidad, los problemas son muy específicos y del día y la visión es más reducida.

Respecto al futuro, sentimentalmente cualquiera que viste un uniforme, ve con algo de prevención la unificación, porque pierde el vínculo con su Ejército. Los resultados no los podemos saber más que a medio o largo plazo, pero hay dos hechos claros. Doctrinalmente, la Sanidad constituye una forma de apoyo específico a la Fuerza y directo en situación de conflicto. Con esto quiero decir que cuando un elemento de apoyo es “específico y directo” debe ser propio de su ejército. No tienen los mismos problemas los médicos navales que los aéreos.

“En los destinos donde hay aviones de altas prestaciones debe haber médicos de vuelo”.

destinado, por ejemplo, a una Base Aérea.

Considero que va a haber problemas de tamaño en la integración, porque la Sanidad de Tierra es dos veces y media superior a la nuestra y con una problemática logística que no la tienen Armada ni Aire, más enfocadas a lo que podríamos llamar “medicina ocupacional”, porque se trabaja con personal altamente cualificado y con unos riesgos profesiona-



Lo que habrá siempre serán vocaciones, como ocurrió cuando aún no existía el Ejército del Aire, sino el Servicio de Aeronáutica y era atendido por médicos del Ejército de Tierra, que fueron los asistentes al primer Congreso de Medicina Aeronáutica en los años 30 y, aunque eran del Ejército de Tierra, estuvieron siempre en Aeródromos Militares, porque conocían el medio y estaban vinculados a la Aeronáutica. Lo mismo pasará en el futuro con una Sanidad de escalafón único, que va a proceder de la mezcla, un poco artificiosa si se quiere, de tres escalafones, sin que nadie pueda olvidar su historia. En el futuro parece evidente que el médico militar que haga un curso de problemática médica en submarinos, nunca será

les específicos, que requieren un gran esfuerzo en “Medicina preventiva de riesgos profesionales” también específicos. Este es el reto del futuro de la Sanidad Militar Aeronáutica, que tiene una gran rentabilidad, aunque esto sea sólo cuantificable a medio y largo plazo. En el Ejército del Aire, el Mando conoce el riesgo de que la unificación pueda desenfocar ese objetivo, pero tanto este Mando como el futuro Cuerpo Común de Sanidad de las Fuerzas Armadas, pondrán los medios para evitar que esto suceda.

— *¿Se va a producir también la unificación de medios?*

— La Ley es clara al decir que los cuerpos comunes dependen del Subsecretario de Defensa y tiene sobre ellos las mismas misiones que los

Jefes de Estado Mayor sobre los Ejércitos. Aparentemente, se configuran como un cuarto ejército, con lo cual, con el tiempo, parece ser que se van a unificar todos los elementos relacionados con la Sanidad.

La asistencia sanitaria es unificable, porque una apendicitis es igual en un Almirante que en un Sargento Mecánico. De hecho, hoy día los Hospitales, Policlínicas o Farmacias están unificadas en el sentido de que dan la asistencia a los tres Ejércitos y a la Guardia Civil, sin ningún problema.

— *¿Puede perderse la especificidad de la medicina aeroespacial que ahora desarrolla principalmente el CIMA?*

— No debe ocurrir, porque el CIMA debe continuar y potenciarse, como de hecho piensa hacer el Ejército del Aire desde hace año y medio, incluyendo una nueva ubicación en Torrejón de Ardoz y dotación de medios adecuados a los problemas que plantea el pilotaje de los nuevos aviones.

“Cuando un elemento de apoyo a la Fuerza es “específico y directo” debe ser propio de su ejército”.

El CIMA se había quedado pequeño tanto, en infraestructura, como en dotación de personal y medios. A ello debemos unir los nuevos retos que debe afrontar, como los severos problemas de los pilotos de aviones avanzados, que requieren entrenamiento fisiológico antes del vuelo, recuperación en cámaras de baja presión, uso de centrifuga humana... Toda esa labor de conocimiento, investigación, entrenamiento, reconocimientos periódicos para hacer medicina preventiva del personal volante, es necesaria.

En general, creo que la unificación no significa pérdida de especialidad, de conocimientos o de continuidad en la investigación, en campos tan importantes para nuestros Ejércitos, pero, lo que sí parece evidente, es que se va a perder la simbiosis actual CIMA-Hospital del Aire.

— *¿Es muy costosa esta sanidad especializada?*

— El CIMA puede ser muy costoso, pero a la vez es muy rentable. Tèngase

en cuenta que nuestros pilotos van ahora a Holanda, y eso tenemos que pagarlo, mientras que el CIMA puede llegar a dar esos servicios no sólo para España sino para países próximos o de habla hispana, que no van a estar dotados de medios similares a plazo medio o largo.

Además, se da servicio a todo el personal volante de las líneas civiles, generando los ingresos correspondientes.

— *Descendiendo al escalón básico, ¿cuáles son los problemas de la Sanidad en las Unidades de Fuerzas Aéreas?*

— Hay escasez de médicos. En los tres últimos años, se han marchado de la Sanidad Militar del Aire, por diversas circunstancias, 48 médicos

personal y material por si hay víctimas de siniestros de este tipo (incendios).

Quiero destacar que la rentabilidad de los hospitales militares no se puede comparar con los civiles, porque tienen una función logística aunque, en tiempos de paz, se preste asistencia médica a otros contingentes (familias y jubilados), facilitando a los médicos su permanente puesta al día.

— *¿Qué papel deben jugar las Policlínicas del Aire?*

— Existe un aspecto logístico y otro de asistencia, al igual que en los Hospitales. Realizan trabajos de medicina aeronáutica en colaboración con el CIMA y prestan asistencia. La primera es la función esencial dentro de nuestro Ejército y para ella deben contar con suficientes especialistas



y, sólo, se han incorporado 22. En una plantilla reducida este déficit es muy sensible.

También hay que dar apoyo médico directo incluso a centros con pequeños contingentes como los EVA's y, sobre ésto, hay que sensibilizar al Mando en la idea de que no se puede superponer la medicina asistencial con la medicina militar operativa. En asistencia, un médico puede atender a 1.000 familias (3-4.000 personas). Pero también hay que atender al personal de un crucero o de un EVA, quizás 150 hombres. Parecerá carísimo, pero tienen que estar atendidos. Es como las Unidades de Quemados de los Hospitales, afortunadamente están vacías muchas veces, pero tienen que contar con una dotación de

en todas sus facetas de reconocimiento, asesoría médica, educación sanitaria, etc. Como esta función no agota todos los recursos, pueden colaborar en la prestación de asistencia en consulta externa, apoyando a los hospitales.

Para evitar el acceso directo a los hospitales, la situación es muy compleja, porque la responsabilidad total de la asistencia le corresponde al ISFAS y la potenciación de las Policlínicas, sólo para asistencia sanitaria, tendría que partir de una mejor colaboración entre la Sanidad Militar y el ISFAS, algo que no ha ocurrido históricamente, aunque me consta que hay una buena disposición en la actual gerencia del ISFAS para llegar a una mejor colaboración.



— *¿Cuál es el marco general de cooperación con la sanidad civil?*

— Empezando por lo particular, los hospitales están siendo utilizados constantemente para atender pacientes civiles por carencias de los hospitales civiles o por imperativos de la Ley, porque hay zonas de influencia de los hospitales, por ejemplo casos de accidentes de tráfico. Estas zonas no están "institucionalizadas", pero convendría definir qué es lo que se debería hacer.

Aparte de estas colaboraciones puntuales, los hospitales, que son la punta del iceberg en la Sanidad Militar, están incluidos en todos los planes de defensa civil de su área y mantienen una aceptable colaboración.

Luego, hay puntos especiales, como la hemoterapia. Existe el proyecto de establecer una colaboración con grandes beneficios para todos los colectivos, porque España tiene un índice de donantes de sangre que es un tercio del de otros países, mientras que en el medio militar la donación es de cinco veces superior a ese índice.

También podemos colaborar en la formación de especialistas, porque hay centros acreditados nuestros que tienen excedente de vacantes y podían formar médicos civiles si se les incluye en la red MIR y se les dota económicamente, porque están infrautilizados en su capacidad de formar especialistas, de la misma manera que nos faltan servicios acreditados en otras

especialidades y tenemos que formar a nuestros especialistas en hospitales civiles.

— *¿Ha tenido alguna incidencia la incorporación pionera de la mujer a las escalillas militares en Sanidad?*

— No debe incidir de ninguna forma negativa, pero creo que se podía haber aprovechado para dar otra orientación a la incorporación de la mujer a la Sanidad Militar. Se podía haber creado una escala básica, como existe en el ejército americano, en el cual he podido conocer la importancia que tiene en la asistencia el cuerpo auxiliar de enfermería, que llega a tener una generala y tiene una influencia muy beneficiosa. Sería haber creado un tercer escalón con las auxiliares de clínica, que ahora son contratadas civiles.

Por lo demás, yo soy partidario de esta incorporación, tanto para aprovechar las potencialidades de la mujer en puestos de trabajo aptos para ella,

"Hay escasez de médicos. En los últimos años se han marchado de la Sanidad Militar del Aire 48 médicos y sólo se han incorporado 22".

dicho sin ningún tipo de machismo, como por el estímulo que supone que existan más aspirantes a un número concreto de puestos de trabajo.

Si hay algún problema será transitorio, como corresponde a toda novedad, y se arreglará con el tiempo.

— *¿Cuál debe ser el futuro de la Sanidad Militar?*

— La Sanidad Militar atraviesa un periodo de crisis, dicho en un sentido médico, y de las crisis se sale de dos maneras: con un enriquecimiento, o con un deterioro. No debemos olvidar que, en el próximo decenio, la Sanidad Militar va a sufrir una profunda transformación, va a vivir un periodo crítico por lo ya expuesto y por otros condicionamientos, que serán similares a los que vivan las Fuerzas Armadas, a la vista de lo que pueda ocurrir en los planteamientos generales de la Defensa. Como decía un general americano: "Hay que remontarse a las amenazas". ¿Qué puede pasar con la Sanidad Militar?: Todo dependerá del Plan Estratégico Conjunto y de él, igual que se deriva un objetivo de fuerza común, se derivará un objetivo de apoyo sanitario a esa fuerza.

En general, debe haber un esfuerzo en potenciar la medicina preventiva, evitando que se aisle esta actividad, porque un médico debe mantener una formación continuada y no puede estar viendo constantemente y exclusivamente sujetos sanos. ■