



La Sanidad Asistencial militar bajo examen

JOSE MARIA FERNANDEZ MARTINEZ
Coronel Médico

*El dolor no basta tratarlo
hay que comprenderlo.*

Miguel de Unamuno

La SANIDAD ASISTENCIAL MILITAR se concibe en principio como una parte diferencial de la atención médica prestada a las Fuerzas Armadas en conjunción con la logística-operativa.

Siguiendo esta idea la Sanidad Asistencial se convierte en parte y todo de esta función, ya que en sí es inseparable el hecho genéri-

co asistencial en lo logístico-operativo como en lo asistencial puro.

Nosotros la entendemos como la medicina para la EPOCA DE PAZ, distinguiéndola de la medicina logística-operativa que se ocupa de la atención, conservación y recuperación en GUERRA y en maniobras y ejercicios.

Supuesto este carácter la Sani-

dad Asistencial Militar y la Sanidad Civil tienen notables puntos de confluencia.

Es un hecho conocido que la Sanidad Civil sufre desde hace tiempo un importante proceso de reestructuración y adecuación, proceso en el que todavía está inmersa y cuyo fin no parece vislumbrarse en corto periodo de tiempo.

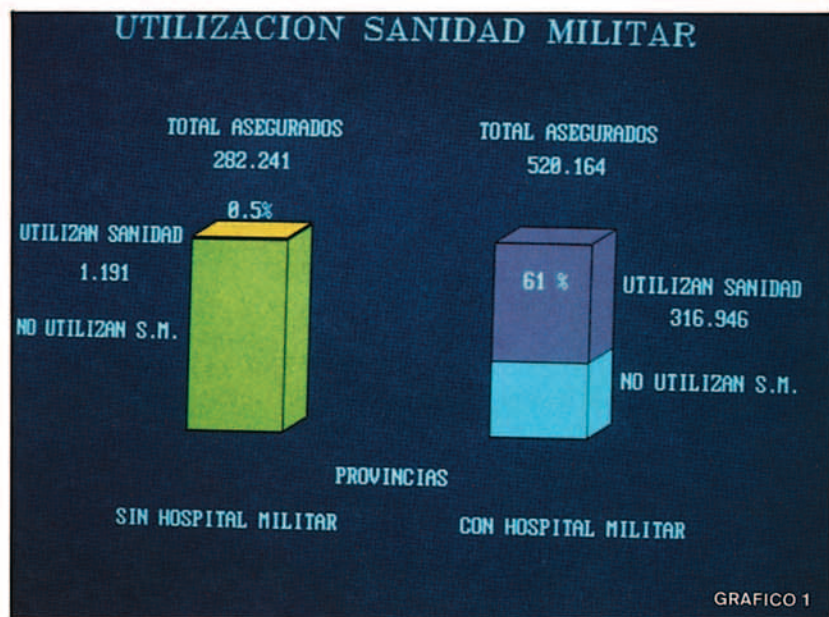
La SANIDAD ASISTENCIAL MILITAR no ha permanecido ajena a este proceso. Sus diferentes puntos de conexión ha motivado que participe cada vez más de problemas comunes.

Recientemente hay una casualidad compartida, que se sitúa en el año 1986, año en el que se promulga la Ley General de Sanidad, en donde quedan definidas las líneas maestras de lo que ha de ser y por la que ha de regirse la futura Sanidad Nacional, dentro de un gran Sistema de Salud.

Hay tres momentos en los últimos años de especial trascendencia para la Sanidad Militar Asistencial que quedan resumidos en:

Año 1978. Con el establecimiento de los conciertos con el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).

Año 1986. Promulgación de la Ley General de Sanidad. Ley de la que brevemente consideramos sus líneas directrices. La primera es la que considera a la Salud como el elemento primordial de la política sanitaria. La segunda en la que sostiene la Asistencia Primaria como la base del sistema, y por último el considerar el Área de Salud como el engranaje entre la Atención Primaria y la Atención



ción Especializada –los hospitales–.

Respecto a las FUERZAS ARMADAS, la Ley General de Sanidad en su Disposición Finaltercera, señala textualmente “El Gobierno mediante Real Decreto dispondrá la PARTICIPACION y COLABORACION de los Hospitales Militares y Servicios Sanitarios en el Sistema Nacional de salud, y su armonización con la Ley 85/1978 (Reales Ordenanzas) para GARANTIZAR, DENTRO DE SUS POSI-

BILIDADES, su apoyo al Sistema Nacional de Salud”

Año 1990. Real Decreto 1637/1990, sobre integración de escalas y Cuerpos comunes. INTEGRACION de las tres sanidades; efectivo en junio de 1991. Estamos ante un hecho de especial repercusión y trascendencia para la Sanidad Militar.

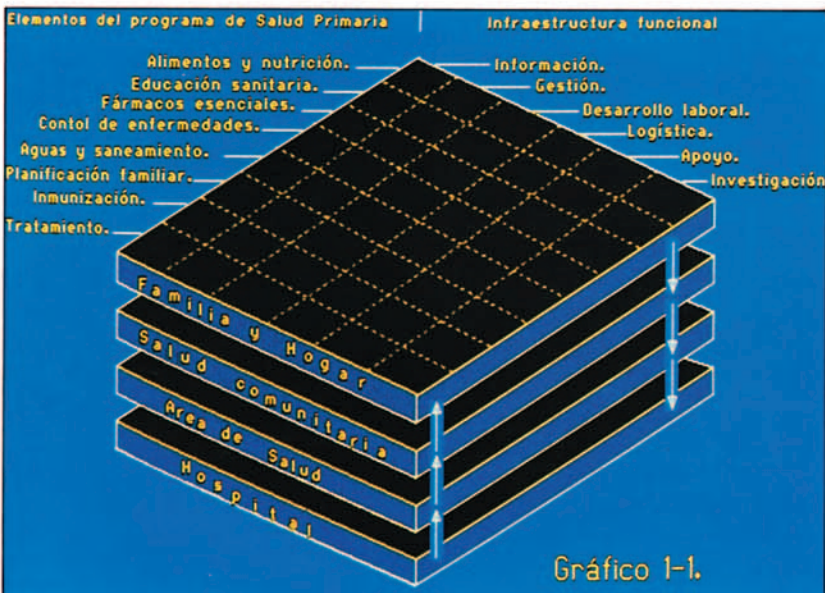
Interesa y es nuestro objetivo más que hablar de legislación y normas, tomar el pulso a nuestra Sanidad Militar Asistencial, ver cual es su estado y cuales sus posibilidades, en una palabra el diagnóstico y el tratamiento de esta Sanidad con evidentes problemas de importancia.

Hablemos en principio de sus cambios en los últimos años.

EVOLUCION DE LA SANIDAD ASISTENCIAL MILITAR

La Medicina Militar Asistencial como fenómeno activo ha estado sujeta a un proceso evolutivo al compás del desarrollo de todos los factores que la condicionan e influyen.

Decía W. Hamilton en la Universidad de Yale: “La organización de la Medicina no es una



cosa aparte que pueda someterse a un estudio aislado. Es un aspecto de una cultura cuyas adaptaciones son inseparables de la organización general de la sociedad”.

De ahí que cuando hablamos de Medicina Asistencial en estos momentos nos va a ofrecer aspectos muy diferentes de los que mostraba hace algunos años. No es nuestro objeto profundizar en el origen y casualidad de los cam-

sonal Militar que establece la misión de la Sanidad Militar como “LA ATENCION A LA SALUD DE LAS FUERZAS ARMADAS EN LOS CAMPOS LOGISTICO-OPERATIVOS Y ASISTENCIAL, CON EL FIN DE MANTENER SU CAPACIDAD DE COMBATE”, con el contenido constituyente del ISFAS como “INSTITUTO SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS” en donde la cobertura sanitaria es

años un notable acercamiento al compás del desarrollo tecnológico.

Actualmente ambos aspectos de la Sanidad se han aproximado en razón de una serie de factores determinantes.

La disponibilidad, la capacidad y la adecuación de los medios actuales han hecho posible que la moderna sanidad se acerque con muchas de sus posibilidades al herido de guerra. Esto fue una realidad en la Guerra del Vietnam denominada la “Golden age of military medicine”, donde las posibilidades asistenciales y el rápido transporte -los helicópteros Medevac- lograron un hito todavía no superado; lograr una medicina de urgencia casi civil.

A este respecto recordamos lo que decía hace años, durante nuestra Guerra Civil, BASTOS ANSARD, el cirujano que junto a TRUETA universalizó un nuevo método de tratar las heridas de guerra. Aquí “El cirujano” señalaba que él solo distinguía UNA CIRUJIA fuera militar o civil. Palabras llenas de significado y profundidad que pueden ser válidas en cuanto al médico que en su motivación es siempre una constante, no así los medios y las circunstancias que son evolutivos y dispares.

Actualmente basta constatar las posibilidades ASISTENCIALES puestas ante los combatientes, como quirófanos avanzados, métodos diagnósticos precisos, scanner de alta tecnología, dotaciones médicas apropiadas. Todo esto unido a la capacidad de evacuar en forma segura y rápida a hospitales de retaguardia nos hace vislumbrar que una sola medicina está presente, la más eficaz, la denominemos logística o asistencial.

La reciente Guerra del Golfo Pérsico ha permitido contrastar la realidad de estos hechos singulares en el campo de batalla, bien es cierto que una vez más la “gue-

Gráfico 2

Prestación Médico-Quirúrgica:

Consiste en la asistencia presada en Centros Sanitarios y por facultativos (médicos y ATS), y se escalona en tres niveles:

- Primer nivel: Asistencia General (Medicina General y de Familia; Pediatría-Puericultura; ATS-DUE Y Servicio de Urgencias).
 - Segundo nivel: Asistencia ambulatoria de especialidades médico-quirúrgicas.
 - Tercer nivel: Asistencia de internamiento hospitalario o sanatorial.
- Para el cumplimiento de esta prestación el ISFAS cuenta con los siguientes medios:
- Medios propios del Instituto: Consultorios y Centros de Salud y gabinete de odontología (concertados), en capitales de provincia A.
 - Concertos con los servicios sanitarios de los Ejércitos de Tierra, Mar y Aire.
 - Concerto con el Instituto Nacional de la Seguridad Social.
 - Concerto con Entidades privadas de Seguros.

Esquemáticamente, y de acuerdo con la distribución de los hospitales militares, la asistencia sanitaria se llevó a cabo del siguiente modo:

- 1.- Localidades donde hay un hospital militar concertado (Provincias A):
El primer nivel se atiende con medios propios del ISFAS (Consultorios, Centros de Salud). El segundo y tercer niveles se atienden en los hospitales militares respectivos.
- 2.- Zona rural de provincias A:
Se refiere a localidades de la provincia distintas a aquellas en la que está ubicado el hospital militar. Los asegurados pueden elegir entre dos coberturas asistenciales.
 - 2.1.- Primer nivel a cargo de la Seguridad Social; segundo y tercer niveles en hospitales militares.
 - 2.2.- Primer y segundo niveles por la Seguridad Social o Entidades privadas de seguros, en virtud de los respectivos. Tercer nivel, en hospitales militares.
- 3.- Provincias donde no hay hospital militar concertado (Provincia B):
Los tres niveles de asistencia se atienden a través de los concertos establecidos entre el Instituto y las Entidades privadas de Seguro y el INSS.
- 4.- Excepcionalmente aquellas zonas rurales de provincias A muy alejadas a la localidad en que se halla el hospital militar tienen una cobertura asistencial, en cuanto a su aspecto médico-quirúrgico, exactamente igual a la descrita para las provincias B.

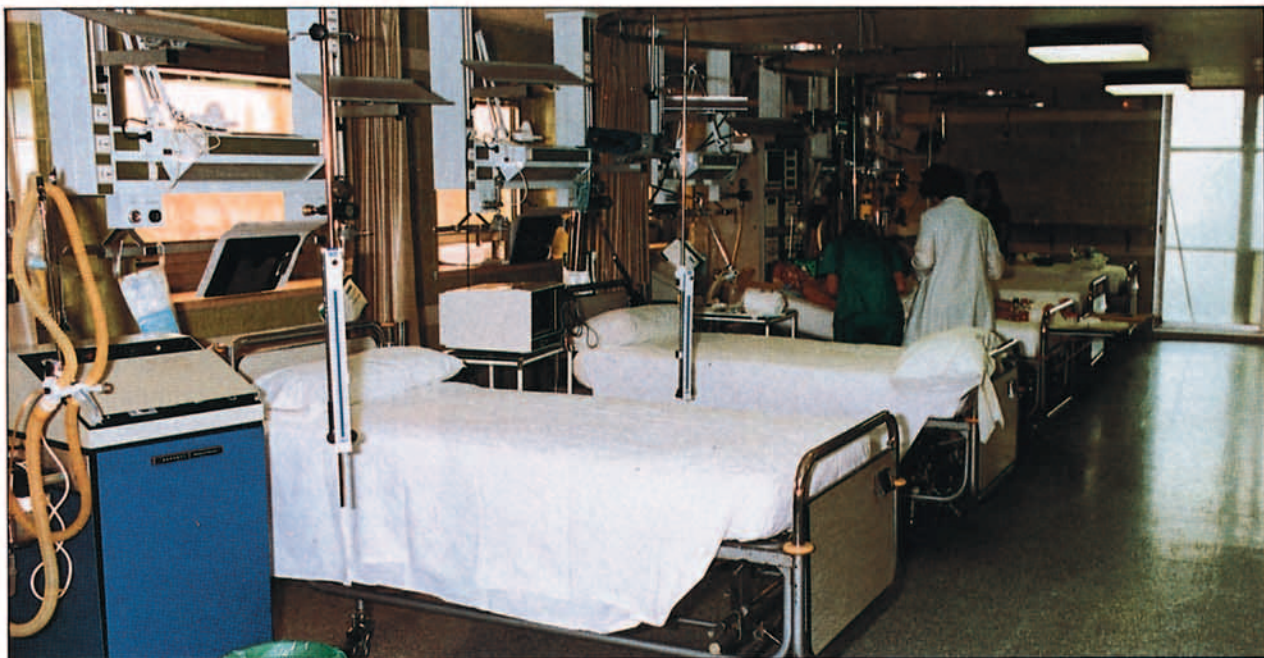
bios, simplemente observar el hecho y realizar una ojeada evolutiva.

La Sanidad Asistencial Militar concebida como la medicina para la época de paz, en nuestros días ha ido derivando a la medicina única del país, organizada. De ser un aspecto asistencial a ser una estructura SOCIAL con la creación del ISFAS.

Si contrastamos el contenido del artículo 29 de la Ley 17/89 reguladora del Régimen del Per-

una más de las posibles protecciones sociales, observaremos que en realidad se ha ahondado el foso entre lo logístico-operativo y lo asistencial, que pasa en virtud de la reglamentación a ordenarse en el contexto de la Sanidad Pública, con sus matizaciones como veremos más adelante.

Por otra parte, en la Sanidad Militar, entre lo logístico y lo asistencial, que son algo diferencial en el concepto y en la práctica, se ha operado en los últimos



Un Hospital Militar puede adecuar actualmente una asistencia de alta CALIDAD

rra" que como decía Napoleón no se parece a nada excepto a sí misma, ha demostrado cuales son sus actuales características.

Para la Medicina Militar el despliegue sanitario aéreo, táctico y estratégico ha aportado un factor positivo en estos planteamientos. El evacuar con rapidez y seguridad, en esta guerra más difícil por los modernos misiles, transportar a hospitales cada vez más distantes del frente, imponen y han impuesto en teoría unas nuevas concepciones en la medicina militar.

La capacidad asistencial puesta en la contienda con los dos grandes buques hospitales, el Mercy y el Comfort, adaptados y dotados con la más sofisticada tecnología médica han puesto ante el herido al más dotado y científico hospital civil.

Nuestra Sanidad lejos de estas posibilidades conoce perfectamente sus posibilidades y limitaciones. La Sanidad Asistencial, el objeto de nuestro trabajo, ha evolucionado indudablemente y hoy es tema de especial actualidad por el momento que atravesamos.

LA SANIDAD ASISTENCIAL MILITAR EN LA ACTUALIDAD

La Sanidad Asistencial Militar que comprende la atención médica al personal militar fuera de lo logístico-operativo, y a sus familiares, ha de ADAPTARSE a la estructura de la Sanidad Civil si queremos una sanidad actual y de calidad.

La Sanidad asistencial abarca dos grandes apartados, la ATENCIÓN PRIMARIA que comprende Medicina General, Pediatría, asistencia ambulatoria y de ur-

gencia y por otra parte la ATENCIÓN ESPECIALIZADA que implica la asistencia hospitalaria, consultas externas y de urgencia.

La Atención Primaria

La medicina básica, de primer eslabón, primaria o de familia representa sin duda el eslabón más importante y más olvidado de la medicina asistencial. Conviene en este tipo de asistencia recordar hitos importantes como el año 1977 en la que la World Health Organisation lanzó el lema de "Salud para todos". Unos años más tarde en 1981 en Karachi y 1985 en Ginebra el grito y la meta era de "HOSPITAL y SALUD para todos", algo mucho más ambicioso. Hoy la ATENCIÓN PRIMARIA se concibe dentro de un marco de INTEGRACION entre el Hospital, el Area de Salud y la Familia (gráfico I-I).

Respecto a nuestra ATENCIÓN PRIMARIA interesa conocer actualmente cual es su grado de UTILIZACION, cual es su CALIDAD y cual es su PROYECCION.

Gráfico 3

CUADRO ASISTENCIAL EVOLUTIVO HOSPITAL DEL AIRE

AÑO	ESTANCIAS CAUSADAS
1980	69.100
1981	70.101
1982	71.685
1983	68.510
1984	71.612
1985	69.895
1986	68.738
1987	65.435
1988	69.485
1989	69.429
1990	65.272

POBLACION A ATENDER POR SANIDAD MILITAR

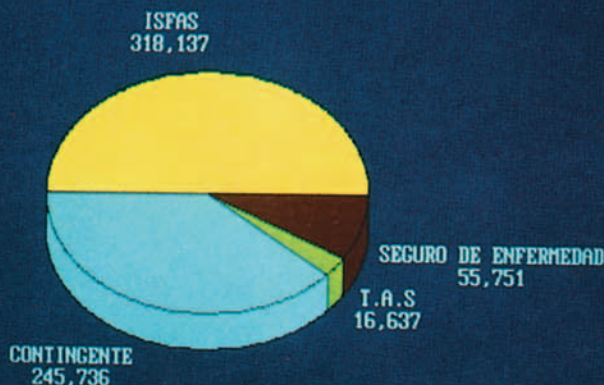


GRAFICO 4

Su UTILIZACION, junto a la asistencia hospitalaria, guarda relación al tipo de provincia, con o sin hospital militar. En el año 1989, en provincias con hospital militar era utilizada por el 61% del colectivo de ISFAS (gráfico 1). En contraste en provincias carentes de hospital militar es usada por el 0,5 del personal de ISFAS.

Se da la circunstancia curiosa del uso del 0% de asegurados de ISFAS en algunas provincias como Las Palmas, que cuenta con un joven hospital militar, abierto por otra parte a la Sanidad Civil en virtud de concierto.

ISFAS ha introducido modalidades de cobertura sanitaria, como bien sabemos (gráfico 2) en los que establece unos cauces de uso dependiendo de Provincias en relación a la existencia de hospital militar. Establece en los concertos también las opciones entre Insalud, Compañías Privadas y Hospitales Militares.

Evidentemente queda ZONALIZADA la asistencia, pero al tiempo ISFAS establece la apertura, en algunas modalidades, previa la autorización del Delegado Regional (Instrucción conjunta de la SS e ISFAS).

Estos hechos han tenido una repercusión importante para nuestros hospitales, la sustracción del colectivo propio, que evaluaremos más tarde. Respecto a la CALIDAD de la Asistencia Primaria, tanto en manos de Médicos Militares como Civiles, presenta unos niveles aceptables, según el usuario. La Asistencia Primaria del Insalud adolece de la problemática general de masificación e impersonalización

consecuente, circunstancia conocida y manifestada por todos los cauces y portavoces. Hemos de destacar, no obstante, el avance que ha supuesto los Centros de salud en su intento de personalizar e integrar la medicina primaria.

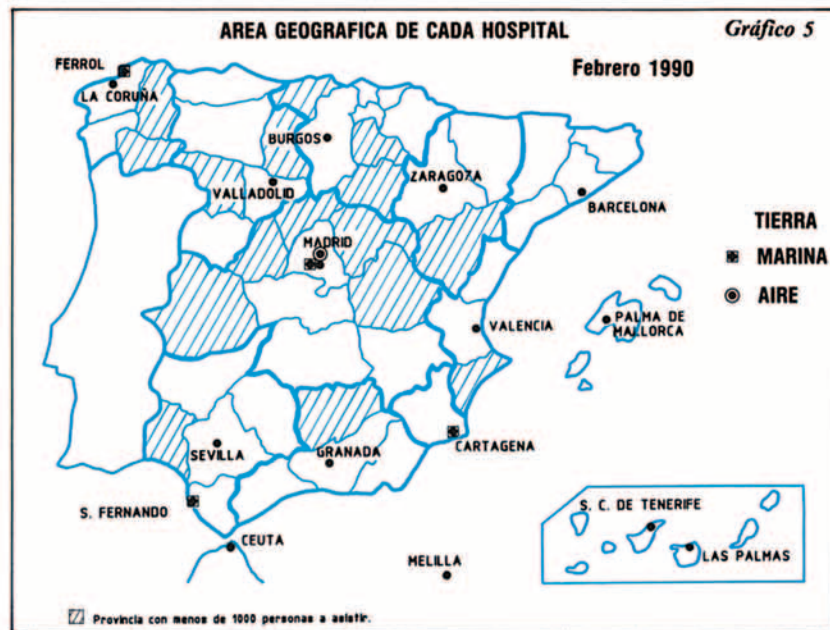
En las sociedades Privadas se asiste a un tipo de atención médica a medio camino entre la medicina liberal y la medicina social, bajo unos condicionantes contractuales muy limitantes. No obstante goza en zonas bien cubiertas por estas sociedades, de un indudable predicamento y aceptación.

La PROYECCION en la Asistencia Primaria es moderadamente ascendente y actualmente con escaso riesgo de caer en los problemas de la Sanidad Pública.

Los dos Centros de Salud creados por ISFAS, uno en Madrid y otro en Sevilla, han sido muy bien aceptados en el tiempo que llevan en funcionamiento y son un paso importante en una medicina INTEGRADA de futuro.

La Asistencia Hospitalaria

La Asistencia Hospitalaria o Especializada por el contrario se encuentra en recesión, proceso



que tiene una variada motivación originada por factores como la disminución del colectivo, las normas establecidas de ISFAS, la aparición por tanto del fenómeno de la competencia externa, la disminución de los miembros por unidad familiar, etc.

Datos concluyentes son v.g. los del periodo 1977-86, con reducción de hospitalizados en un 68%, de intervenciones en un 54% o los datos del Hospital del Aire 1980-89, (gráfico 3).

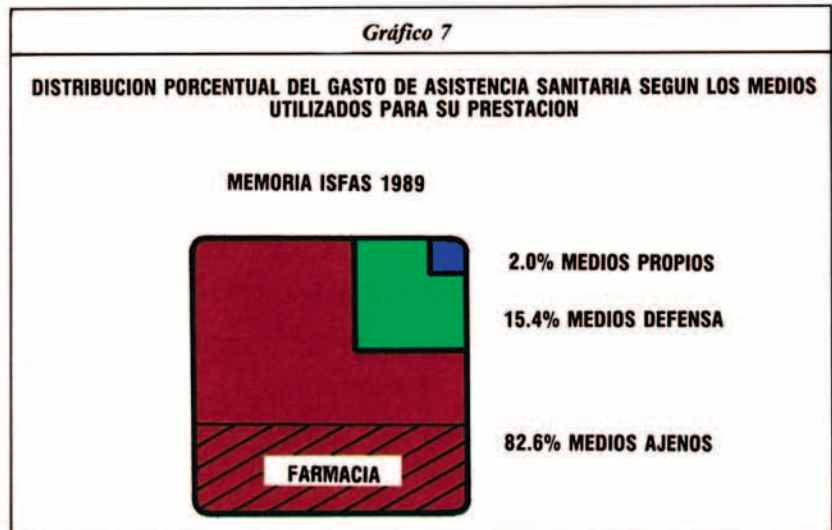
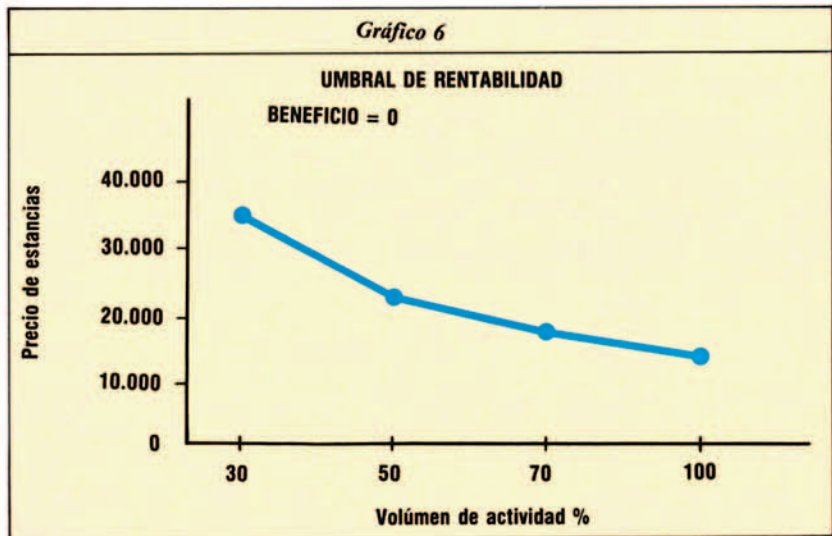
La Red de Hospitales que en diciembre de 1988 constaba de 32 hospitales (Catálogo Nacional de Hospitales) ubicando 8.379 camas, en febrero de 1990 está reducida a 19 hospitales (gráfico 5 - hospitales y sus áreas), con 6.179 camas instaladas y 5.524 en funcionamiento (camas listas para su uso).

La Sanidad Asistencial Militar atiende no solo a personal de ISFAS. Aportamos en el gráfico (4) la distribución asistencial referida a febrero de 1990 subdividida en ISFAS, Contingente (reemplazo), TAS (Tarjeta de Asistencia Sanitaria) y Seguro de Enfermedad.

Otro dato a considerar es el del personal especializado. Nuestro número de especialistas está por debajo de las necesidades. En febrero de 1990 era de 919. La carencia de personal Auxiliar es todavía mayor. Teóricamente sobran camas, pero este dato debe analizarse desde la perspectiva de nuestros compromisos con OTAN, en donde hay que disponer de un número de camas por encima de nuestras cifras.

Planificación

Es uno de los grandes problemas de nuestra Red, que conlleva el logro de una difícil simbiosis entre las necesidades asistenciales en eficacia y calidad, con las logísticas inherentes a un centro militar, sin desdeñar los condicionamientos personales y hu-



manos. Esto obliga a establecer una prioridad de necesidades y acomodar a ella nuestras posibilidades.

A la hora de PLANIFICAR no pueden olvidarse las tendencias actuales en modulación hospitalaria en donde se propugnan varios modelos. Nuestra Red hospitalaria habría de fijarse, dentro de las orientaciones más recientes, en dos tipos de hospital: El Hospital modelo NIVEL INTERMEDIO B, que es un hospital general de Referencia de trescientas camas y el Hospital NIVEL COMPLEJO C, que parte de ochocientas camas.

Actualmente se tiende a abandonar los hospitales de cien ca-

mas por su incapacidad, y los macrohospitales de los que tenemos vivos ejemplos, por su difícil control, asistencia deshumanizada y dudosa rentabilidad.

Rentabilidad

Respecto a la rentabilidad de un hospital militar solemos decir que un hospital de este tipo tiene una rentabilidad logística, pero esta afirmación debe apostillarse, considerando que la logística lleva implícita la seguridad y esto tras la democracia, desde Grecia, es UN VALOR de coste elevado.

También es cierto que un hospital cada vez se parece más a una empresa -una organización de servicios, que persigue unos

finos concretos; un producto que es la asistencia al paciente— y en una empresa la rentabilidad económica es uno de los elementos claves en la gestión, sea el hospital que sea. En estos momentos en España, en hospitales —SS— la privatización de gestión está sobre el tapete.

Como demostración gráfica de la importancia de estas consideraciones ofrecemos en el gráfico 6 la relación entre precio de estancias y volumen de actividad, bajo beneficio 0, lo suficientemente demostrativo para ser descripto.

Y la INTERNA, por la necesidad de competir con los centros de nuestra misma Red. Todo ello en aras de alcanzar una calidad asistencial, hoy algo que va siendo imperioso en medicina y que por supuesto en la Milicia no nos es ajeno.

LA CALIDAD ASISTENCIAL

Tendríamos que definir que es la calidad asistencial como primera cuestión. Aspecto nada fácil. La calidad y su control son todavía unos conceptos en pleno

los pacientes a resolver sus problemas de salud.

Por el Ministro de Sanidad fueron expuestos en fechas recientes algunos aspectos muy significativos a este respecto. En primer lugar, las listas de espera hospitalarias. Problema prioritario por su enorme repercusión sanitaria y social.

Otra cuestión tratada son las urgencias médicas, que pueden anular la capacidad de funcionamiento de cualquier hospital. Por otra parte la escasa dotación de medios, las 5 camas por mil habitantes. Los "ratios de utilización", etc., etc.

Nuestra Sanidad Militar Asistencial también adolece de fenómenos comunes a la Sanidad Civil, tales como la escasez de personal especializado, la carencia casi dramática de personal auxiliar. Compartimos situaciones iguales como la necesidad de gestión profesional, tecnología insuficiente. Participamos de una reducción de la formación de especialistas y de una notable desorientación profesional.

Hay un evidente rechazo entre los universitarios a escoger la Sanidad Militar como opción de carrera, hecho comentado ya en esta Revista en un reciente artículo, y que año tras año va siendo más patente, debiendo requerir por nuestra parte una conciencia ponderación y una respuesta por los organismos decisivos.

Un hecho de singular importancia ha representado, dentro del personal sanitario, la diáspora de numerosos y cualificados profesionales, motivada por conocidas y diversas razones, tales como incompatibilidades, razones económicas apremiantes, ofertas halagüeñas del sector público, pérdida de perspectivas, etc., etc.

El Real Decreto 359/1989 sobre complemento de dedicación especial, cuando se aplique po-

MEMORIA ISFAS 1989		Gráfico 8		
ESTADO COMPARATIVO DE LOS GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA (1988-1989)				
ASISTENCIA SANITARIA	IMPORTE 1988	%T	IMPORTE 1989	%T
Con medios propios*	402.324.760	1.79	505.902.725	2.00
Con medios ajenos**	17.807.736.359	78.99	20.919.333.094	82.58
Con medios Defensa***	4.333.655.870	19.22	3.906.391.896	15.42
TOTAL	22.543.716.989	100.00	25.331.627.715	100.00

* Consultorios y Centros de Salud, ISFAS.
 ** Entidades Públicas. Privadas. Facultativos convertidos y FARMACIA.
 *** Sanidades Militares.

LA COMPETITIVIDAD

Por fin ha aparecido en nuestra Medicina Asistencial la competitividad. Durante años hemos permanecido de espaldas a esta realidad. Nos ha bastado con cumplir con responsabilidad con nuestro deber, con nuestro que-hacer específico.

Actualmente no basta. Existe un clamor unánime sobre la necesidad y la urgencia de competir. La Sanidad Militar no podía ser una excepción. La pregunta es "con quién y para qué hemos de competir".

Podíamos decir que nos acucia una doble presión. La EXTERNA, impuesta, de competir con la Sanidad Pública y Privada en razón de los conciertos establecidos por ISFAS, con entidades privadas y con la Tesorería General e Instituto Nacional de la Seguridad Social.

desarrollo y por lo tanto escasamente conocidos.

La calidad puede considerarse como el grado de perfección que una cosa posee. En Sanidad las dimensiones de calidad se encontrarían según H.V. VUORI, entre la EFECTIVIDAD, la EFICIENCIA, la ADECUACION y la CALIDAD CIENTIFICO-TECNICA.

Un resumen lógico es el de Mushlin y Appel "El control de calidad en la atención sanitaria debe enfocarse hacia el grado de éxito con que la atención médica ayuda a los pacientes a RESOLVER sus problemas de salud". Desde este punto de orientación práctica nos ha parecido más orientativo el exponer a "grosso modo" los aspectos negativos que afectan a la calidad asistencial en contraposición a los positivos menos evidentes. Aspectos que como veremos no ayudan a

dría mitigar uno de los aspectos negativos, el económico.

Esta pérdida de profesionales, para nosotros, el Ejército del Aire, ha representado la cuantía de medio centenar de excelentes médicos, muchos de ellos puntales de su especialidad. Pérdida que nos llena de inquietud. "Rien n'est plus clair que ce qu'on a trouvé hier, rien n'est plus difficile à voir que ce qu'on trouvera demain".

CONCLUSIONES

Nuestra Sanidad Asistencial Militar debería contar con estos condicionantes:

A.- Una Medicina Asistencial Primaria de calidad, INTEGRADA. Hoy en día la asistencia primaria tiende cada vez más a la integración al engranaje con los grandes focos de SALUD que son los hospitales. Estos, por otra parte, deben perder su aislamiento y prolongar su influencia a través de las Áreas o Centros de Salud a modo de avanzadilla de los mismos, bajo las fórmulas ensayadas ya en distintos países: Inglaterra, Israel, etc., etc.

Los Centros de Salud creados por ISFAS podrían iniciar este camino de integración.

B.- Una Medicina Especializada aplicada con criterios de futuro, donde hay que pensar en el HOSPITAL bien dotado tecnológicamente, gestionado profesionalmente, con personal motivado, bien remunerado y en número adecuado.

En este contexto un Hospital MILITAR puede y debe competir con la mejor medicina pública o privada. Basta a este respecto mirar a ciertos países en donde los hospitales y la Medicina Militar ocupan un lugar de privilegio entre los mejores y más dotados centros asistenciales.

Además un hospital de gran nivel no tiene por qué perder su identidad militar, muy al contrario. Nuestra experiencia en los últimos años ha contrastado el hecho de que nuestro carácter militar, organizativo y disciplinado nos ha conferido una espe-



Un hospital proyecta su función no solo al hecho asistencial sino también a la docencia y a la investigación

cie de vacuna que nos ha defendido en gran parte del "declive" general de nuestra Sanidad.

C.- Nuestra Red debe permanecer en infrautilización permanente, no más del índice 0,7-0,8, en virtud de su carácter LOGÍSTICO.

Recordamos a raíz de los últimos acontecimientos bélicos con que facilidad nos pudimos adaptar a los requerimientos de la U.E.O. sin necesidad de contar con la Red Pública, habitualmente al límite de sus posibilidades; además de contar con el aprovechamiento de la experiencia de nuestros médicos militares en catástrofes semejantes.

D.- SOPESAR la apertura civil que podría truncar y alterar gravemente las características y

el contexto de la Sanidad Militar. Apertura en todo caso SELECTIVA, en áreas sanitarias determinadas, que representen un APOYO discriminado a la Sanidad Pública y que no perturbe nuestros condicionamientos. Recordemos al texto legal de "apoyo según sus posibilidades" (Ley General de Sanidad -Disposición final-tercera).

E.- En los CONCIERTOS con ISFAS habrá que contemplar la posibilidad de un acercamiento a los costes reales y tratar así mismo de invertir la tendencia de usuarios y gastos hacia entidades ajenas al Ministerio de Defensa (gráficos 7 y 8). Ostensiblemente puede observarse que las cantidades a medios de ajenos, durante 1988 y 1989 fueron del orden de dos veces y medio y tres veces aproximadamente, de las destinadas a medios de Defensa.

Induce a pensar estos datos sobre las grandes posibilidades derivadas para la Sanidad Militar, reconduciendo la Sanidad a su auténtico colectivo, a sus cauces primitivos.

F.- PLANIFICAR la Red Nacional. Tarea a realizar concertadamente entre Defensa, Sanidad y las Comunidades Autónomas. Objetivos; establecer los planes de asistencia primaria y especializada en orden a la demanda personal, social y logística de nuestras FAS; a la luz de la nueva conformación de la Sanidad Militar, integrada, de nuestras necesidades y de nuestros compromisos.

Como colofón pensamos que siendo profundamente realistas y observado cual es el diagnóstico, cuales son nuestras dificultades, cual es nuestro lastre, hay sin duda motivos para el optimismo. Cumple a los organismos decisorios la tarea del tratamiento. ■