

Comentarios al artículo

“Los retos de la Sanidad Militar”

El artículo “Los retos de la Sanidad Militar” del General D. Julián Rodríguez Hernández, ex Director de Sanidad del Ejército del Aire, debe inscribirse en el género de los “testamentos políticos”, entre los cuales también se encuentra el menos conocido —por no haber tenido difusión en una de las revistas militares— del anterior DISAN del Ejército de Tierra, D. Ángel Montoro Algarra: “Observaciones sobre el Cuerpo Militar de Sanidad”.

Llenos de la experiencia acumulada durante una fructífera vida profesional y exentos de ambición, tienen un imponderable valor.

A todos se nos hace evidente que la reducción y la profesionalización del Ejército, así como su redistribución geográfica, motivada por la entrada en vigor del Plan Norte, impactará de modo contundente sobre Sanidad Militar.

El modelo FAS 2000 supone, de llegarse a la profesionalización total, un Ejército formado por 50.000 cuadros de mando y 100.000 profesionales, cada uno de ellos, no lo olvidemos, con su correspondiente cartilla del ISFAS.

Que se llegue o no a tal desiderátum, desde el Ejército actual de unos 280.000 soldados de reemplazo, dependerá de las posibilidades económicas de la Nación, pero en la opinión del que suscribe es más que probable que se llegue a él.

El autor del artículo comentado, lo divide en tres partes: sanidad hospitalaria, sanidad logístico-operativa y necesidad de un mando unificado en Sanidad Militar.

En lo referente a la **Sanidad Hospitalaria** plantea dos posibilidades: a) mantenimiento, con las importantes reducciones ya ocurridas, de la red de 14 hospitales y 2.119 camas (más el 30% de logísticas); y b) cierre de hospitales, lisa y llanamente, cierre masivo de hospitales militares, reduciendo a 2 ó 3 los integrantes de la red hospitalaria.

La proporción número de camas hospitalarias-población asistida en las naciones de la OTAN es de 6/1.000. Si hacemos un cálculo sobre personal en activo del referido ejército profesional y sus familiares (calculando las familias de los cuadros de mando en 4,2 miembros, según el Anuario Estadístico, y los soldados profesionales como carentes de familia), el número de camas necesarias para la asistencia a este colectivo de personal sería de 1.860 a las que añadimos un 30% del total como camas de reserva logística, resultando un total de 2.657 camas.

Estas 2.657 camas se corresponden con la suma de las camas de los siguientes hospitales:

- Hospital del Aire u Hospital “Gómez Ulla”.
- HM. Sevilla.
- HM. Burgos.

— HM. Ceuta.

— HM. Zaragoza.

— HNAV. Cartagena u HM. Valencia.

— HM. Melilla.

El número total de camas ascendería a 2.670 si consideramos el número actual de camas en funcionamiento, haciendo el cálculo incluyendo los hospitales “Gómez Ulla” y de Cartagena.

Es decir, 7 hospitales (5 de ET, 1 de EA., 1 de Armada), que podríamos considerar “logísticos” y dependientes de los Cuarteles Generales.

El destino de los otros 7 puede plantearse, como lo hace el artículo comentado, bien en el sentido de:

— Cerrarlos pura y simplemente.

— Cederlos a la sanidad pública civil (con todos los problemas que en la práctica esa cesión lleva).

— Utilizarlos para la asistencia a personal militar en situaciones de reserva o retirado (que no sufre los desplazamientos originados por la entrada en vigor y la aplicación del Plan Norte en el Ejército de Tierra), pudiendo simultáneamente implicarlos en el “Plan Geriátrico de las FAS”.

Una idea quizá demasiado innovadora sería que los hospitales con consideración de “no logísticos”, fuesen gestionados por una entidad semejante a la FUSEA (“Fundación de Sanidad del Ejército Argentino”), organismo autónomo que gestiona los hospitales militares de aquel país. El citado organismo concierne la asistencia en hospitales militares de diversos colectivos, públicos o privados, factura la citada asistencia y distribuye la recaudación entre los hospitales militares que gestiona, con lo cual el déficit económico crónico que tenían estos centros, no existe en el momento actual.

En la parte del artículo dedicada a la **Red Logística Operativa**, considera el autor la necesidad de motivar a los profesionales destinados en la misma y de seguir programas de formación continuada. La motivación, en su aspecto económico, podría venir por el camino de la asignación de “complementos”, semejantes a los que disfruta el personal destinado en la Red Hospitalaria.

Propone el autor la creación de “Áreas Sanitarias Logístico-Operativas o Cantones Sanitarios”.

En el momento actual existen, en la Red Logístico-Operativa, 201 médicos militares en destinos de Ejército de Tierra siendo su plantilla de 353, con un déficit de 150 médicos, 136 médicos en destino de Ejército de Aire complementados con 13 médicos civiles, estando su plantilla de 149 cubierta al 100% y 109 médicos en Armada complementados con 4 civiles, siendo la plantilla de 135 y por tanto con un déficit de 22 médicos militares.

EDITORIAL

Dicho de otro modo, Ejército de Tierra tiene un déficit de médicos en su red logístico-operativa del 42%, Armada del 16% y el Ejército del Aire tiene su plantilla al completo.

Ante este cuadro, resulta evidente la necesidad de optimizar la utilización de los recursos humanos disponibles los citados "Cantones" aunque ello requiera un cuidadoso empleo de cada uno de los médicos militares a efecto de su utilización en la asistencia sanitaria primaria sin interferir sus misiones logísticas; todo el problema es confeccionar los adecuados cuadrantes de servicio.

Finalmente, el articulista se refiere a la necesidad de coordinación de las diferentes sanidades y más concretamente, a la necesidad de la creación de un "**Mando Unificado de Sanidad Militar**" que actuaría como coordinador de las tres direcciones de Sanidad.

Su necesidad, parece evidente en una época de profundos cambios y restricciones ya que un Mando Único tendría una visión más clara de las necesidades y prioridades y por

tanto daría un empleo más ajustado a los recursos humanos y materiales puestos a disposición de los Ejércitos.

Quizá el término "Mando" no sea el adecuado, para el cargo que se intenta crear, ya que la función que desarrollaría sería básicamente de asesoramiento a nivel superior.

Dicho Coordinador o Inspector General podría depender, como se afirma en el artículo, del Jefe del Estado mayor de la Defensa (JEMAD) o directamente del Subsecretario de Defensa lo cual, como también menciona el articulista, ocurre en el Reino Unido y en la República Federal Alemana.

Un trabajo, el del ex Director de Sanidad del Ejército de Aire en que se compromete exponiendo su visión de futuro. Creemos constituye un acierto importante de la Dirección de Medicina Militar incluirlo en este número.

Antonio de Miguel Gavira, GB. San. Med.

Subdirector de Asistencia Sanitaria General. CG. ET. MALE-DISAN