

Selección, conservación y recuperación del combatiente

La creación del ISFAS, los compromisos nacionales e internacionales y la unificación de la Sanidad Militar son tres condicionantes, tan irreversibles como la virginidad perdida, que obligan a reconsiderar el contenido y la organización de la Sanidad Militar hecha por H. Morejón y Codorníu hace más de siglo y medio.

El ISFAS tiene, entre sus cometidos, la gestión asistencial y ha dejado a la Sanidad Militar, por expropiación de clientela, privada de la mayor parte de su contenido más tradicional; sólo nos quedan, a extinguir, los soldados de reemplazo.

Efectivamente, del alrededor de millón de beneficiarios teóricos, apenas 200.000 acuden a nosotros, el resto han elegido entidades cuya única misión es la asistencia sanitaria; estas entidades, sean públicas o privadas, tienen una estructura acorde con ese cometido y abarcan todo el territorio nacional con atención primaria y especializada en régimen ambulatorio.

Con esa estructura, no con su calidad asistencial, ni podemos ni debemos competir por ser muy otra nuestra misión. La atención primaria, o su sucedáneo, estaba a cargo de los ya históricos, entrañables y polivalentes médicos militares que, además de a las unidades, atendían urgencias y familias a domicilio. La atención ambulatoria especializada, sencillamente no la tenemos, se la considera sinónima de las consultas externas de los hospitales y esta confusión contribuye a desprestigiarlos por quienes no perciben la diferencia.

La Sanidad Militar extrahospitalaria, sin abandonar la modalidad asistencial, tiene una misión más puramente militar —logística, pericial, preventiva y laboral— a la que dedicar sus escasos recursos humanos y materiales.

El segundo condicionante de que hablábamos era nuestros compromisos.

Los compromisos nacionales nos obligan a dar apoyo asistencial al ISFAS y a la Seguridad Social; no podemos ofrecer la extrahospitalaria por falta de infraestructura, pero estamos ofreciendo, con éxito, la hospitalaria. Los conciertos producen ganancias y, con una obligada buena gestión, deben ser rentables; son considerables los ingresos que nos da el ISFAS, cada vez son mayores los de la Seguridad Social y están en mantillas los de las Mutuas.

Los compromisos internacionales nos obligan a tener permanentemente operativas unidades sanitarias (EMAT, UMAD) de apoyo al despliegue y a las misiones humanitarias en el extranjero.

La red hospitalaria militar merece unas líneas independientes de reflexión.

Los hospitales militares, 13 en total, tienen 4.000 camas y bastarían sólo 400 para atender las necesidades asistenciales de

toda la población asignada, pero, además, su distribución geográfica y la de la población está tan heterogéneamente repartida que sobran camas en todas sus ubicaciones.

Tenemos que preguntarnos para qué queremos un número de camas superior a nuestras posibilidades de atenderlas y a nuestras necesidades asistenciales.

Si pensamos que nuestros hospitales son vicariantes del Sistema Nacional de Salud —idea que no compartimos— todas esas camas son necesarias aunque no tengamos médicos suficientes para garantizar la calidad asistencial requerida y por tanto con el riesgo de no prestar a la sociedad un servicio adecuado.

Si aceptamos que los hospitales son órganos logístico-sanitarios de apoyo a las Fuerzas Armadas —este es nuestro criterio—, éstos deben cumplir dos misiones: mantener entrenados a los médicos militares para un eventual apoyo al combate y mantener operativas a las unidades sanitarias de apoyo al despliegue y a las acciones humanitarias ¡con más necesidad de pediatras que de traumatólogos! Para ello hace falta tener los hospitales que reúnan los requisitos para merecer tal nombre, es decir, que alcancen un mínimo de criterios objetivos de calidad, que tengan una gestión que los haga económicamente rentables, que sus plantillas —al menos con el 75% de médicos militares— cumplan los requisitos para la acreditación de los servicios y que estén suficientemente ocupados para poder cumplir con dignidad los compromisos asistenciales y docentes, sobre todo de formación del personal sanitario militar.

Los hospitales que no alcanzaran esos requisitos deberían recuperar la denominación de Clínicas Militares —con menos responsabilidades clínicas, menos necesidades de personal y más baratas de mantener— con una función predominantemente pericial, que es uno de los pilares de la Sanidad Militar, aparte de su posible utilización para enfermos geriátricos, mentales o crónicos, propios o concertados.

Después de hablar del ISFAS y de los compromisos adquiridos, finalizamos con unos comentarios sobre el último condicionante, el de la unificación de la Sanidad Militar.

Hasta que llegó, con cierta ligereza, estábamos repartidos en media docena de reinos de taifas —tres Cuarteles Generales y tres Subdirecciones Generales— que convertían la Sanidad en una tela de araña paralizante.

La Sanidad Militar, ahora, está apoyada sobre dos soportes básicos, la Inspección General de Sanidad (Ingesan) y la Escuela Militar de Sanidad (Emisan) que, al darnos unidad de mando y unidad de doctrina, son los garantes de nuestra identidad institucional.

Editorial

A ellas compete, como órgano planificador la primera y como caja de resonancia la segunda, la redistribución y funcionamiento de la red hospitalaria y la elaboración de normas operativas conjuntas con la finalidad de poder cubrir —que se puede— racionalmente todas las necesidades de personal con las actuales plantillas y de garantizar la operatividad en tiempo de paz y en caso de guerra, aunque, para ser más fuertes, tengamos que reducir los campos no estrictamente castrenses que ahora abarcamos.

La conclusión que hemos querido obtener es que ninguno de los tres condicionantes a los que nos hemos referido debe hacernos perder el norte, todo lo contrario, de nuestra razón de ser: “la selección, la conservación y la recuperación del combatiente”, que da título a este editorial.

A. Ortiz González, *GB.San.Med.*
Director del Hospital del Aire
Madrid