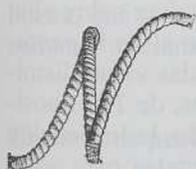


# ANÁLISIS Y CATARSIS SOBRE LA SANIDAD NAVAL MILITAR

Julio César RIVERA ROCAMORA  
Coronel médico



O soy partidario de avalar o adornar mis propias ideas con plumas ajenas, pero parece que queda bonito y erudito, de modo que para no desairar a quien lo hace, ahí van tres: *La imaginación es más importante que el conocimiento* (Albert Einstein). *Prefiero molestar con [mi] verdad que complacer con adulaciones* (Lucio Anneo Séneca). *Irritarse ante una crítica es reconocer que se ha merecido* (Publio Cornelio Tácito).

Y la mejor crítica no es la que busca ofender, sino aquella que se hace en el ejercicio de la libertad de criterio. Únicamente con ánimo analítico, creo que sólo formulándonos preguntas sobre la realidad de cualquier situación, es posible ser eficientes.

## Preliminares

La Sanidad Militar operativa actualmente está organizada según el modelo de escalones y/o roles establecidos por la OTAN para el despliegue de la Fuerza en zona de operaciones.

Para la Armada, es inoperante un sistema que prevé una atención continuada progresivamente más especializada con apoyos ajenos cuando las unidades navales pueden estar a mucha distancia de cualquier ayuda sanitaria, no sólo nacional o aliada, sino simplemente de cualquier costa. Es decir, que si no en todos los casos sí en determinadas navegaciones precisa de una autonomía sanitaria que otorgue al menos una mínima atención médico/quirúrgica similar a un Role DOS, y desde ahí disminuyendo hasta alcanzar la no presencia sanitaria, o paramédica, con apoyo por radio —la poderosísima y avanzada telemedicina es de muy difícil instalación en buques de poco desplazamiento por

diferentes razones—; pero el apoyo por radio, por ejemplo, es el que utiliza la Marina Mercante para recibir auxilio e instrucciones desde tierra donde un profesional asesora una actividad o una atención puntual. Por tanto, en este planteamiento, la determinación del apoyo logístico sanitario estriba en el número de la dotación, tipo de riesgo en la misión y la distancia a un apoyo sanitario que pueda acoger una evacuación.

El modelo que hasta hace bien poco tenía la Armada de poseer recursos humanos sanitarios adjudicados a cada unidad, flotilla, escuadrilla o grupo es inaplicable por no pocas razones, siendo la principal de todas ellas lo exiguo de los recursos humanos de profesionales sanitarios del Cuerpo de Sanidad Militar, singularmente en medicina, pero que ya alcanza también a la enfermería, y con tendencia a agravarse.

Por tanto, estamos ante un problema a resolver: el apoyo sanitario a la fuerza naval alejada de costa, pero sin disponer de los recursos humanos suficientes. Empecemos con la variable más ardua: los recursos humanos.

En una editorial en la *Revista de Sanidad Militar* (mayo 2008, volumen 64, núm. 1) ya expuse esta cuestión, y quizá no merezca la pena volver sobre ello. Baste con decir que en este sentido hay dos aspectos: primero el de la *captación*, ya que la incorporación de médicos a las Fuerzas Armadas viene disminuyendo de modo brutal, hasta el punto de pasar, en diez años, de 190 opositores en 1997 a ninguno en 2007. Conozco que, en este sentido, la Inspección General de Sanidad ha elaborado estudios y propuestas concretas para solucionar este gravísimo y urgente asunto, que probablemente no tenga una fácil solución a corto plazo, pero puede haberla a medio y tiene que haberla a largo plazo. Y en segundo término el de la *retención*, en el que la situación tampoco es para estar contentos, puesto que sólo en 2007 dejó el Cuerpo Militar de Sanidad, por diferentes razones, casi un centenar de médicos. También traté de analizar en la ya citada editorial el porqué se marchan dichos médicos, y cómo se podría impulsar la retención. Resumiendo: el Cuerpo Militar de Sanidad se nos disuelve entre los dedos, pero creo que es posible frenar primero y detener después esa inercia, que además es irrenunciable, si nos atenemos a lo descrito en el Título I de la Doctrina Sanitaria Conjunta del EMACON.

### La actual estructura sanitaria militar

La estructura del Cuerpo Militar de Sanidad hace depender orgánicamente a su propio personal no de la Inspección General de Sanidad, sino de los MAPER, del ALPER y globalmente de la DIGENPER. De modo que lo que se buscaba con la unificación de los anteriores cuerpos sanitarios, uno en cada ejército, casi sólo ha servido para diferenciarles en la uniformidad, pero no en la orgánica, con lo que, además, se les ha convertido en «los otros», porque no están integrados en sus unidades, y no sólo en su aspecto formal, que también,

sino que no se ven como propios en no pocas cosas de mayor o menor trascendencia, pero todas importantes. La unificación en un Cuerpo Militar de Sanidad único ha alejado al personal de las unidades, donde siempre son extraños; nunca son de una dotación; siempre andan de paso.

Los componentes del Cuerpo Militar de Sanidad sólo están «en su casa» cuando hablamos de hospitales, de la Escuela Militar de Sanidad, de la Brigada Sanitaria, el CIMA y de la Inspección General de Sanidad. Y con el único ánimo de alcanzar un diagnóstico, hay que decir que los hospitales periféricos se van reduciendo hasta lo estructural. En la Escuela de Sanidad casi no ingresan alumnos, y además dicha escuela depende de la DIGEREM. La Inspección General de Sanidad carece de competencias sobre el personal sanitario y sólo puede hacer propuestas a la DIGENPER, no ejecutar por ella misma. De modo que a la hora de demandar soluciones habría que dirigirse a quien dirige, no a quien propone.

Las direcciones de Sanidad de cada ejército son asesores de los responsables de Personal de cada cuartel general, y aunque la mutua relación sea buena, que lo suele ser, carecen de autoridad ejecutiva, y esto puede ser teóricamente eficiente, pero de dudosa eficacia práctica.

### **La carrera profesional del sanitario militar**

Cualquier profesional que se incorpora al Ministerio de Defensa aportando una licenciatura, como es el caso de los sanitarios, lo que pretende es ejercer y desarrollar sus conocimientos en el ámbito de la Defensa. De modo que no es suficiente con que esté titulado para ejercerla, sino que debe desarrollar una carrera aumentando sus conocimientos técnicos, actualizándose y llevando a la práctica aquello para lo que ha estudiado. Aquel planteamiento de «usted es enfermero o médico; vaya a este cuartel o embarque en tal buque» ha quedado atrás.

La medicina, como otras muchas ciencias positivas, está permanentemente renovándose, lo que exige una incesante preparación y una continua práctica, y en el orden de la carrera profesional precisa del diseño de unas expectativas de promoción y ascenso.

El cimiento es la licenciatura, pero la arboladura (ni puedo ni quiero eludir mi origen naval) es el adiestramiento en soporte vital básico y avanzado, que debe ser común a todos los profesionales de la sanidad, a todos; y en la Sanidad Naval esto es transparente, porque el profesional estará aislado en la mar cuando tenga que actuar con diligencia y precisión para salvar una vida en unos pocos minutos. La diferencia entre un, por ejemplo, radiólogo civil y otro militar es que éste, además de ser tan brillante radiólogo como aquél, debe dominar las técnicas del soporte vital. Y esto debe saberlo cuando ingresa en la Escuela de Sanidad Militar. Pero ese curso de soporte vital básico o avanzado no puede ser sólo un curso que se hizo tiempo ha, sino algo en

permanente actualización y continuo adiestramiento, como el piloto que precisa de unas horas mínimas de vuelo para conservar su aptitud o el que, conociendo un idioma, precisa pasar reválidas actualizadoras.

Actualmente vemos cómo profesionales, como intensivistas, traumatólogos, anestesiistas, cirujanos, etc., con empleos altos, todavía son tenidos en cuenta para misiones en zona de operaciones —sin duda porque hay pocos—; pero esto tiene un efecto colateral desolador, y es que acaban agotándose. Y se dan casos en que van en unidades donde llegan a ser los más antiguos en rango militar. No es recomendable que en una corbeta embarque un comandante enfermero cuando el comandante del buque tiene su mismo empleo; esto puede producir ciertas situaciones incómodas, ya que en estas unidades el espacio y la habitabilidad están muy reducidos y se trastorna la jerarquía (que a todos alcanza, no sólo a los de academia o escuela militar). Los destinos de mar, o mejor, los sanitarios embarcables, deben tener un tope de empleo, de años y de tiempo servido, mucho más reducido de lo que lo tienen ahora. En la Armada siempre hemos conocido el «ya se han cumplido las condiciones de mar». Esto, al parecer, nunca llega para los sanitarios.

El profesional debe saber que tiene por delante una carrera muy bien definida: Escuela Militar de Sanidad, destino en unidades a las que se sienta vinculado (en lo externo —uniformidad— y en lo fundamental) para reconocer el medio militar como propio... Después debe tener la posibilidad de formarse en una especialidad (clínica o logística) en competencia con sus compañeros, y saber que podrá ir destinado a unidades clínicas de elite (hospitales u otros), y que hasta los 40 años tiene que formarse y hacer reválidas de soporte vital, pero que después se le abrirá un abanico de posibilidades: continuar en centros clínicos, dirigir unidades sanitarias, posibilidad de alcanzar destinos de decisión y organización (los vocacionales de la milicia no escasean), o simplemente retirarse con su sueldo íntegro a la actividad civil (cumplidas las servidumbres previstas), porque no hay que olvidar que aportó una licenciatura que no le pagó Defensa, sino su familia o él mismo. Con la actual legislación, los componentes de los Cuerpos de las Armas se marchan con muchos menos años de servicio que los miembros de los numerosos Cuerpos Comunes, y debería ser al contrario.

Hay mucho que cambiar porque la demografía, la sociología, los valores y las expectativas de la población española no son, ni remotamente, los mismos que cuando se legisló con otra situación.

### ¿Pero hay soluciones?: el modelo de «pool»

Entendiendo por «pool» un grupo de profesionales sanitarios que se encargan de apoyar a las unidades navales mediante un sistema de rotación. Este modelo se adoptó para no dejar sin apoyo a las unidades que se hacen a la

mar. Pero la repetida escasez de profesionales de la Sanidad nos ha llevado a un callejón sin salida, dándose la circunstancia de que muchos de los ya escasos sanitarios tengan más días de mar que la mayoría de los componentes de cualquier dotación de la Armada, porque desembarcan de una unidad para reembarcar en otra que sale a navegar, cayendo en un abuso de misiones que lleva a las excedencias, a las bajas más o menos justificadas, e incluso a la negativa a salir a la mar. Y esto se está dando, por increíble que parezca, en una organización militar.

Esto además conlleva que los profesionales que están en esta situación de continuas salidas a la mar no mantengan sus conocimientos actualizados, de modo que su preparación médico-quirúrgica disminuye a ojos vistas. Necesitan estudiar y practicar. No son pocos los sanitarios militares que no han visto una herida de bala en su vida. Deberían estar integrados también en equipos de emergencias en lugar de sestear en enfermerías (aunque hagan continuos escritos e informes), y probablemente lo hagan porque «hay que cumplir un horario», pero el horario no es lo importante, sino la función y la disponibilidad. Cuando estén en tierra habitualmente deben estar integrados en sistemas de emergencias de las administraciones públicas (061, 112, etc.), conservando sus habilidades y aprendiendo continuamente lo nuevo que vaya apareciendo con el progreso de la ciencia médica, y naturalmente percibiendo todas sus retribuciones y aun otras. ¿Alguien lo duda?

Y una última circunstancia que agrava el problema es la existencia de cotos cerrados y exclusivos: los sanitarios asignados al «pool» de la Flota no entran en las otras rotaciones solicitadas por la Fuerza de Acción Marítima o en la Infantería de Marina, lo que obviamente disminuye la operatividad y la disposición de repartir equitativamente el trabajo que a todos debe competir: apoyar a la Fuerza en sus despliegues. Es probable que este modelo de «pool» esté agotado.

## Otros modelos

Necesitamos llevar «la imaginación al poder», no como aparecía en el delirio de las revueltas parisinas de aquel remoto mayo de 1968, sino porque, siguiendo a Albert Einstein —y para eso sirven las citas— «la imaginación es más importante que el conocimiento». Pues eso.

La situación actual es, por tanto, de una notable escasez de profesionales, requiere una mejorable distribución de los mismos, y hay falta de incorporación de personal nuevo porque la oferta en la medicina civil está extraordinariamente mejor retribuida. ¿Hace falta recordar que vivimos en una sociedad de libre mercado, y que para matricular a un hijo en la universidad no nos piden vocaciones sino euros? La sanidad pública, ya transferida a las comunidades autónomas, tiene un diseño de carrera mejor perfilado, y si salimos a

competir a las puertas de las facultades de medicina sin tener artillería de alcance suficiente, como le sucedió a don Pascual Cervera al salir de Santiago de Cuba, no alcanzaremos nuestro objetivo, aunque después nos rindan honores. Y no se debe salir a ser hundidos. ¿Aprenderemos?

A corto plazo no veo otra salida que una externalización; el modelo concreto lo tendrá que decidir quien tenga el mando. Una externalización que, como todas, será muy cara (pagar un «potosí» a un sanitario sin uniforme a nadie duele, y sin embargo duele mucho pagar lo mismo que en la sanidad pública a los sanitarios de uniforme). Externalización que nos permitirá ganar los años necesarios para llevar a cabo soluciones a medio plazo que, como plantea la Inspección General de Sanidad, pasan por captar a los sanitarios siendo estudiantes, abonarles sus estudios —sí, como si estuviesen en una academia o escuela militar— y fijarles para cuando terminen, desarrollando un plan de estudios controlado por la Escuela Militar de Sanidad, dejando uno de los meses de verano para que convivan en unidades militares y se inicien en el ambiente castrense alimentando su vocación desde dentro y a más temprana edad.

Y el largo plazo nos lleva al diseño de un horizonte en el que puedan, si quieren, en libre competencia, hacer una especialidad médico-quirúrgica de carácter hospitalario o logístico, o idiomas para las zonas de operaciones u organismos internacionales, y que en torno a la cuarta década de la vida se les ofrezca otras alternativas sin poner más límites a la mar.

Pero hoy ya hemos perdido un día. ¿Dejaremos pasar también el de mañana?

