

## Reflexiones actuales sobre Sanidad Militar

*Enrique Alfaro Torres. \**

Algo debe acontecer cuando la Sanidad Militar, de forma reiterada, viene a ser noticia tanto en diarios de información general como en la prensa especializada en temas sanitarios. Así, titula el diario ABC del 6 de abril que "Defensa ordena cerrar centros sanitarios en cinco provincias". Por otro lado, frente a ese desmantelamiento de hospitales, no faltan espontáneos que defienden el buen hacer del hospital castrense de Zaragoza y lo sugieren, desde Heraldo de Aragón (12-5-92), a las autoridades sanitarias locales como "Modelo de hospital". El número 109 de la revista *Sístole* se hace eco del convenio de colaboración en trasplantes entre los hospitales Doce de Octubre y Gómez Ulla. Otra

publicación, *El Médico* N° 452 de 13 de junio, anuncia el concierto entre el Servicio Gallego de Salud y el Ministerio de Defensa por el que "El Hospital Militar de La Coruña podrá ser utilizado por pacientes civiles". Y un último ejemplo, el secretario general del Sindicato de Médicos de Madrid propone, según publica *El Médico* (núm.: 453), como sistema alternativo al MIR, la utilización de los hospitales militares para la formación de 500 especialistas.

Al hilo de lo publicado, desearía hacer unas reflexiones sobre algunos aspectos que se plantean, actualmente, a la Sanidad Militar en el Ejército:

En primer lugar, no debe sorprendernos que otras instituciones y autoridades sanitarias se interesen por los hospitales militares demandando conciertos asistenciales, docentes o de otra índole. Otras naciones, también, plantean esa solución para aliviar las listas de espera. En ese senti-

do, el semanario *El Médico* del 14 de marzo, en su sección de internacional, titula: "Los hospitales militares del Reino Unido podrían atender próximamente a enfermos civiles".

Por otra parte, se hace evidente que el núcleo de las opiniones y noticias publicadas es el hospital militar. Precisamente, el sistema sanitario civil español adolece de hospitalocentrismo, según el lenguaje al uso de los gestores de la sanidad, que se pretende corregir con la actual reforma de la atención primaria. Este desequilibrio, también, puede trasladarse al ámbito de la Sanidad Militar. En ese sentido, las actuaciones de la DISAN del Ejército, en materia hospitalaria, son continuas: se cierran centros, se potencian otros, se mejora el equipamiento, se revisan plantillas y se ofertan nuevas plazas, se apuesta por la especialización, etc. Todo ello necesario y oportuno, si queremos unos hospitales de calidad;

*Capitán de Sanidad (Médico)  
Grupo de Artillería Artiaérea 1/72. Zaragoza.*

una calidad certificada por el interés que despiertan los hospitales militares en otros agentes sanitarios. Sin embargo, la ausencia de referencias en la prensa para el ámbito extrahospitalario de Sanidad Militar es notable. Efectivamente, ninguna institución parece interesada en concertar la asistencia sanitaria extrahospitalaria de Sanidad Militar.

Desde esta tribuna de opinión, mi deseo es aproximar al lector a la realidad que vivimos en los botiquines y enfermerías de los acuartelamientos del Ejército. Se debe tener presente que es el primer escalón con quien contacta el usuario. Por ello, de lo que se haga o se pueda hacer en este primer nivel dependerá la saturación de otros escalones especializados.

El capítulo de personal es, a mi juicio, el más complejo y cuyo tratamiento no admite demoras si se desea dar un adecuado cumplimiento a las misiones de Sanidad Militar en las Unidades. Por un lado, existe una diversidad de usuarios que exigiría unas directrices más claras. Así, los médicos destinados en Unidades atendemos al personal con TAS o ISFAS. El nuevo modelo de tropa profesional determinará, en 1997, según un documento aprobado por el Congreso de los Diputados, que se alcancen los 40.000 soldados profesionales

(militares de empleo). De esta forma, la tasa de profesionales de los Ejércitos sería del 50%. La asistencia facultativa ordinaria de este personal debería canalizarse a través del cuadro médico del ISFAS y no del Oficial médico de la Unidad. De no ser así los facultativos contratados por ISFAS perderán los cheques de asistencia correspondientes a los beneficiarios atendidos en los botiquines de los acuartelamientos. Sin embargo; el oficial médico de la Unidad atendería al militar de reemplazo, hoy también incluido en ISFAS, las cuestiones de peritación y las misiones propias de la función logística de asistencia sanitaria en el Escalón Básico. Por otra parte, la cadena de asistencia sanitaria territorial, a través de las Jefaturas Logísticas de asistencia sanitaria de Plaza designa entre los facultativos destinados en las Unidades los servicios médicos de Plaza. Una revisión de estos servicios parece oportuna tras la integración en el Cuerpo Militar de Sanidad de las antiguas Escalas y Cuerpos de los diferentes Ejércitos; ya que, en una misma ciudad pueden concurrir Unidades de distintos Ejércitos. Por otro lado, con la implantación del ISFAS y la nueva regulación de la TAS el servicio médico de Plaza queda, prácticamente, sin beneficiarios. Los actos de peritación en las Juntas de Clasificación y los Tribunales Médicos, por el contrario, han sufrido un notable incremento que justificaría un replanteamiento en la designación de los vocales. Quizás estaría justificada la dotación, en plantilla, de Oficiales de Sanidad como asesores médicos en los órganos competentes: es decir, Centros Provinciales de Reclutamiento, Jefaturas de Personal, etc. La asistencia de los destacamentos sin plantilla de Oficial médico o Unidades cuya vacante no está cubierta, frecuentemente, se suple con médicos que cumplen el servicio militar. Por ello, lógicamente, muchos aspectos asistenciales, de peritaje, administrativos y logísticos no quedan adecuadamente atendidos. Ade-

más, por el artículo 80 de la Ley 17/1989 de 19 de julio, Reguladora del Régimen del Personal Militar Profesional, para la asistencia facultativa a Unidades diferentes a las de destino se debe nombrar una comisión de servicio de carácter temporal. Esto, parece que deja en entredicho la misión del Oficial designado para el servicio médico de Plaza de atender otras Unidades. Por último, en los botiquines se debe disponer, como personal auxiliar del Oficial médico, de aquellos facultativos y otros profesionales sanitarios que realizan el servicio militar, para lo que es preciso una adecuada oferta de plazas (OLLA), anualmente, desde la Secretaría de Estado de la Administración Militar al contingente y una gestión racional de ese personal por las Jefaturas Logísticas de Asistencia Sanitaria.

Por último, paciente lector, el personal facultativo no debe quedar limitado a la tarea diaria del "reconocimiento médico diario". Así, abordar el capítulo de la formación continuada resulta inaplazable.

En conclusión, desde que se abandonó el sistema de logística por servicios y se implanta un sistema funcional de gestión centralizada, el actual Sistema de Apoyo Logístico del Ejército o SALE, surgen unos problemas de asistencia sanitaria que se deben abordar con espíritu constructivo. Se manifiesta una cierta falta de definición conceptual de la función logística de asistencia sanitaria. Por ello, si deseamos que la reforma en marcha sea un verdadero éxito, se deberá tener muy en cuenta todo lo que hace referencia a los recursos humanos. Y ese personal, para llevar a cabo su labor profesional de forma correcta, adaptada a las demandas y necesidades, y conseguir una mejora del rendimiento y calidad, debe estar motivado y suficientemente incentivado.