

Modelo de rehabilitación física y reintegración profesional del personal herido en combate a largo plazo

MY. Edna Margarita Lizcano Perdomo 1
Alumno CIM 2025

MY Sabrina Santana López 2
Alumno CIM 2025

Resumen: El presente capítulo analiza los avances, desafíos y perspectivas del modelo de rehabilitación física y reintegración profesional aplicado al personal militar herido en combate en Colombia, tomando como marco normativo el Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral (SGRRI). Se adopta un enfoque cualitativo hermenéutico con base en una revisión documental de fuentes nacionales e internacionales, a fin de comprender las estrategias desarrolladas en las fases de rehabilitación funcional y reintegración social y laboral entre 2015 y 2020. El estudio también considera experiencias comparadas de países como Estados Unidos, Corea del Sur y España. Los hallazgos evidencian avances normativos y programáticos, pero también limitaciones institucionales, brechas en la inclusión laboral y retos estructurales que afectan la sostenibilidad del proceso de reincorporación profesional de los militares con discapacidad.

Palabras claves: rehabilitación integral; discapacidad; Ejército Nacional; reintegración profesional; política pública; inclusión social

Abstract: This chapter analyzes the progress, challenges, and perspectives of the physical rehabilitation and professional reintegration model applied to combat-wounded military personnel in

Colombia, based on the framework of the Risk Management and Comprehensive Rehabilitation System (SGRRI). A qualitative hermeneutic approach was adopted through a documentary review of national and international sources, aiming to understand the strategies implemented in the functional rehabilitation and social-labor reintegration phases between 2015 and 2020. The study also considers comparative experiences from countries such as the United States, South Korea, and Spain. The findings reveal regulatory and programmatic progress, but also institutional limitations, gaps in labor inclusion, and structural challenges that affect the sustainability of the professional reintegration process for disabled military personnel.

Keywords: comprehensive rehabilitation; disability; National Army; professional reintegration; public policy; social inclusion.

Nombre completo 1

Mayor del Ejército Nacional de Colombia. Candidata a especialista en seguridad y defensa, Escuela Superior de Guerra “General Rafael Reyes Prieto”, Colombia. Economista, Universidad Militar Nueva Granada, Colombia. <https://orcid.org/0009-0008-2999-2820> – Contacto: Edna.lizcano@esdeg.edu.co.

Nombre completo 2

Mayor del Ejército Nacional de Colombia. Candidata a especialista en seguridad y defensa, Escuela Superior de Guerra “General Rafael Reyes Prieto”, Colombia. Odontóloga, Universidad Rafael Núñez, Especialista en Estomatología y cirugía oral. <https://orcid.org/0009-0005-5443-3631> Contacto: sabrina.santana@esdeg.edu.co.

Introducción

Teniendo en cuenta que la rehabilitación física consiste en ayudar a las personas a recuperar su actividad física, mantener o mejorar dichas capacidades, posterior a una lesión, enfermedad o procedimiento quirúrgico, su fundamento es restaurarla función, mejorar la calidad de vida y poder reintegrarse a sus actividades diarias.

La atención y la rehabilitación integral del personal militar herido en combate, constituye una prioridad en la agenda de seguridad y defensa de numerosos países, enmarcada dentro del respeto por los derechos humanos, el reconocimiento institucional y la responsabilidad social del Estado.

A nivel internacional, las diferentes experiencias de otros países, han servido de referente para comprender los desafíos, logros y modelos aplicables. Estados Unidos, es un claro ejemplo, dicho país ha consolidado un robusto sistema de atención a sus veteranos de guerra mediante el Programa de Veteranos, que integra salud, empleo, educación y acceso a vivienda como pilares de reintegración social (Guzmán, Hernández & Vidal, 2024). Corea del Sur estableció un Centro Nacional de Rehabilitación para militares heridos, con programas integrales que conjugan asistencia médica, formación profesional y apoyo psicosocial. España, en 2016, creó una Oficina de Atención a la Discapacidad en las Fuerzas Armadas, fundamentada en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (Crespo, 2017).

Colombia, no es indiferente a esta situación; su conflicto armado prolongado ha dejado una huella profunda en el personal de la Fuerza Pública. Como respuesta, Colombia

ha desarrollado un marco normativo especializado que incluye el CONPES 3591 de 2009, la Ley 1471 de 2011 y la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa de 2014. Estos instrumentos establecen un Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral (SGRRI) compuesto por tres fases: prevención, rehabilitación funcional y rehabilitación social, familiar y laboral (Ministerio de Defensa Nacional, 2014).

Por lo que el presente capítulo se inserta en este contexto, enfocándose en los avances, limitaciones y desafíos del proceso de rehabilitación integral en los pacientes heridos en combate en el Ejército Nacional entre los años 2015 y 2020. Para ello, se adopta un enfoque hermenéutico, el cual permite una interpretación contextualizada y profunda del fenómeno, más allá de una visión meramente técnica. Como lo explican Hernández, Fernández y Baptista (2014), este enfoque cualitativo se fundamenta en la comprensión del fenómeno desde la perspectiva de los actores involucrados, reconociendo la interacción entre las condiciones de salud, los derechos, las oportunidades sociales y las políticas institucionales.

Desde una perspectiva metodológica, el estudio se fundamenta en un enfoque hermenéutico de tipo cualitativo, orientado a la interpretación crítica y comprensiva del fenómeno de rehabilitación del personal militar en situación de discapacidad. La hermenéutica, entendida como el arte de interpretar, permite abordar los textos, documentos y datos recopilados no solo desde su contenido literal, sino en su contexto histórico, político, social e institucional (Hernández Sampieri, Fernández & Baptista, 2014). Este enfoque se considera adecuado para el análisis de fenómenos complejos como el de la rehabilitación funcional e inclusión social de heridos en combate, pues contempla la multiplicidad de factores que configuran la experiencia vivida por los sujetos involucrados.

Este enfoque metodológico también permite rescatar los aportes subjetivos y contextuales que se desprenden del análisis de las políticas, con el fin de interpretar cómo han sido asumidas por las instituciones responsables y qué efectos concretos han tenido sobre la población objeto. En este sentido, el uso del análisis cualitativo no se limita a una mera descripción de documentos, sino que busca construir una visión comprensiva y crítica sobre el modelo de rehabilitación y reintegración del Ejército Nacional, desde el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad y su inclusión efectiva en la sociedad.

Este capítulo de investigación adopta un enfoque cualitativo con orientación hermenéutica, adecuado para interpretar críticamente los marcos normativos, institucionales y sociales relacionados con la discapacidad física en el personal militar herido en combate. El enfoque hermenéutico permite comprender el fenómeno desde un horizonte interpretativo amplio, reconociendo la historicidad, la estructura simbólica de los discursos y la interacción entre el texto y el contexto. Este tipo de aproximación favorece la construcción de significados a partir de los documentos analizados, trascendiendo una lectura descriptiva para alcanzar una interpretación crítica y contextualizada.

La técnica empleada fue la revisión documental sistemática, centrada en fuentes primarias y secundarias como políticas públicas, leyes, CONPES, informes institucionales, artículos académicos, literatura especializada y experiencias internacionales comparadas. Esta elección responde a la naturaleza del objeto de estudio, que involucra principalmente dispositivos normativos e institucionales construidos a lo largo del tiempo, lo que hace pertinente una aproximación basada en el análisis crítico de textos. Asimismo, se optó por esta técnica debido a que el foco está en los marcos estructurales y normativos más que en

las experiencias individuales. Aunque técnicas como entrevistas o análisis institucional podrían complementar el estudio, no fueron empleadas en esta fase, dado que el objetivo es ofrecer una base interpretativa sólida que permita reconstruir el modelo actual de rehabilitación para el personal herido en combate en las Fuerzas Militares de Colombia, desde un enfoque comparado y basado en derechos.

La estrategia de análisis aplicada fue de tipo análisis temático y revisión crítica comparada. El análisis temático permitió identificar patrones, ejes estructurales y categorías emergentes a partir del contenido documental. Por su parte, la revisión crítica comparada permitió contrastar el modelo colombiano con referentes internacionales (Estados Unidos, España y Corea del Sur), para extraer lecciones, identificar fortalezas y debilidades, y evidenciar niveles de articulación institucional, enfoque en derechos humanos y sostenibilidad de las políticas públicas.

Los datos se organizaron en ejes temáticos, definidos con base en los objetivos de la investigación, tales como: (1) estructura y componentes del modelo colombiano de rehabilitación militar, (2) análisis comparado con modelos internacionales, y (3) retos institucionales para la inclusión plena de militares con discapacidad. Esta organización temática permitió estructurar el capítulo de forma coherente con los objetivos propuestos, facilitando una lectura interpretativa que articula lo normativo con lo contextual.

Por lo anterior; esta metodología permite una reconstrucción crítica del marco institucional y comparado de la rehabilitación del personal militar herido en combate, interpretando el fenómeno desde una perspectiva social, jurídica e histórica, centrada en los derechos humanos y la inclusión.

En conjunto, esta metodología permite una reconstrucción crítica del marco institucional y comparado de la rehabilitación del personal militar herido en combate, interpretando el fenómeno desde una perspectiva social, jurídica e histórica, centrada en los derechos humanos, la inclusión y el análisis de otros entornos internacionales.

Modelos de rehabilitación integral a nivel internacional

Enfoque conceptual de la OMS sobre la discapacidad

De acuerdo con lo indicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS-2001), en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), define la discapacidad como “es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”

Este enfoque se aleja de una visión puramente biomédica para incorporar dimensiones sociales, psicológicas y de derechos humanos.

Según Fernández (2009), la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud aprobada en 2001, más comúnmente conocida como CIF, constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Se trata de una clasificación universal útil para múltiples usos y sectores que pretende establecer un marco y un lenguaje estándar para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella. Se la denomina habitualmente CIF porque pone el acento más en la salud y el funcionamiento que en la discapacidad, entendiendo funcionamiento como lo referente a las funciones corporales, las actividades y la participación y la discapacidad como lo relativo a deficiencias, limitación de actividades o restricción de la participación. Es, pues, una perspectiva corporal, individual y social.

Adicionalmente la CIF también considera los factores contextuales (ambientales personales) que interaccionan con estos componentes.

Así mismo Fernández (2009), indica mediante la figura 1, que la CIF está basada en un modelo integral del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Consta de tres componentes esenciales. El primero de ellos, funciones y estructuras corporales, tiene que ver con las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos, y es su ausencia o alteración lo que concebimos como deficiencias en las funciones y las estructuras. El segundo componente, la actividad, se refiere a la ejecución individual de tareas y las dificultades que tiene una persona para realizarlas son las limitaciones. El tercer componente,

la participación, se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento constituyen las restricciones.

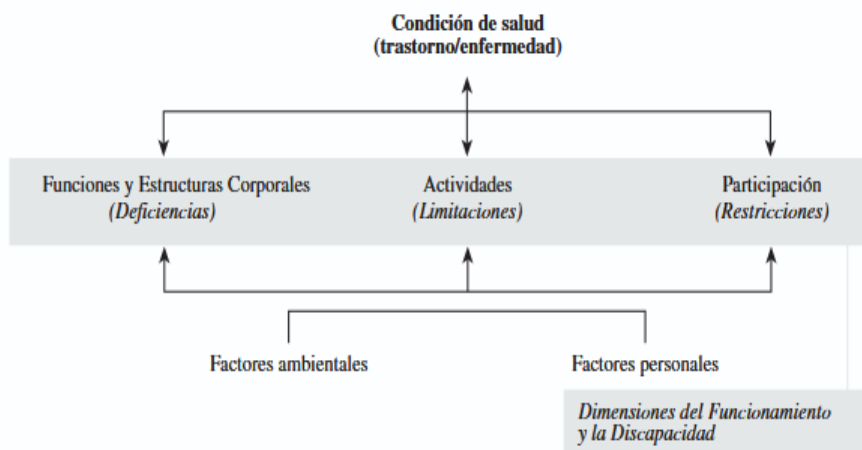
Los tres componentes están integrados bajo los términos funcionamiento y discapacidad y dependen tanto de la condición de salud como de su interacción con los factores personales y ambientales. Discapacidad es el término genérico que incluye déficits, limitaciones y restricciones e indica los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud dada) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales). Por el contrario, funcionamiento es el término genérico que incluye función, actividad y participación, indicando los aspectos positivos de esa interacción. Son las dos caras de una misma moneda dependiente de la condición de salud y de la influencia de los factores con-

textuales.

Los factores contextuales pueden ser externos (ambientales) o internos (personales). Ambientales son las actitudes sociales, las características arquitectónicas, el clima, la geografía, las estructuras legales y sociales, etc. Personales son la edad, el sexo, la biografía, la educación, la profesión, los esquemas globales de comportamiento, el estilo coping, el carácter, etc.

Figura 1

Modelo integral del funcionamiento y la discapacidad que sirve de fundamento a la CIF



Fuente: Política de Discapacidad Sector Defensa 2014

En este marco, el personal herido en combate no solo enfrenta deficiencias físicas (como amputaciones o lesiones medulares), sino también restricciones en su reintegración profesional, social y familiar, especialmente si no se abordan mediante políticas de rehabilitación integrales.

Modelo De Rehabilitación Integral En Ejércitos Internacionales

Según Crespo (2017), “existen pocas experiencias en el ámbito mundial que den cuenta de un interés particular por las PcD de la fuerza pública. Los Estados Unidos tienen la experiencia de más larga data con el Programa de Veteranos del gobierno que atiende a las personas con discapacidad que pertenecen o pertenecieron a las fuerzas militares. Este programa se encuentra totalmente dirigido a la inclusión social sin dejar de lado la rehabilitación funcional, en este sentido, se conjugan los gustos, habilidades e intereses de

las personas con discapacidad- PcD y la destinación de recursos para su materialización. Dentro de los beneficios a los que pueden acceder los veteranos se destacan: oportunidades de educación, subsidio por compensación, rehabilitación profesional y empleo, y acondicionamiento de vivienda, entre otros”.

En lo indicado por Cifu (2013), “El sistema de salud militar de Estados Unidos se organiza en cinco niveles de atención, desde el tratamiento inicial en el campo de batalla hasta la rehabilitación en instalaciones especializadas en territorio continental. La atención médica del Escalón I se refiere a la atención inicial de respuesta e incluye la ayuda proporcionada por personal de vida en combate. Los salvadores y/o médicos de línea de combate, así como la atención médica prestada en el puesto de socorro del batallón (BAS). Atención del Escalón II, incluye la atención proporcionada por compañías médicas y equipos quirúrgicos avanzados (FST). A continuación, se encuentra la atención III, que es proporcionado por los hospitales de apoyo al combate (CSH) en el teatro de operaciones. Los escalones IV y V se refieren a centros fijos de tratamiento médico, ya sea fuera o dentro de los Estados Unidos continentales, respectivamente”.

De acuerdo con lo indicado por Sosa (2023), “el Departamento de Veteranos estadounidense indica que, la mayoría de las lesiones en combate son atribuibles a ondas de alta presión, lesiones por aceleración-desaceleración y metralla. Tras el 11-S, el 25 % de los veteranos tiene reconocida discapacidad relacionada con el servicio. Se estima que 360.000 soldados americanos de las operaciones militares emprendidas tras el 11-S, sufren lesiones cerebrales. Una encuesta sobre salud mental en las Fuerzas Armadas de los EE. UU., realizada en 2018, con 6.696 militares, encontró que las discapacidades más frecuentes

derivadas de un acto de servicio eran: amputaciones, ceguera o sordera (62 %), daño cerebral (3 %), problemas de espalda (29 %), problemas musculo esqueléticos crónicos (33 %), y problemas de salud mental, como el TEPT (9 %) y el trastorno depresivo (16 %).”

El *Department of Veterans Affairs* es el órgano del Gobierno norteamericano que se encarga de todo lo relacionado con los veteranos. Dentro de este departamento, está la *Veterans Benefits Administration*, que ofrece multitud de recursos, desde el abordaje del TEPT y otras discapacidades, la gestión de pensiones e indemnizaciones, las adicciones, las habilidades para controlar la ira y la irritabilidad, la crianza de los hijos, la asistencia para veteranos sin hogar, o la prevención del suicidio, entre otros.

Así mismo, Sosa (2023), señala que, “en militares españoles, un estudio llevado a cabo por Cerezo, García Alonso y García Cueto (2014), con el contingente desplegado en el Líbano, mostró evidencia de un cambio en el estado emocional, relacionado con depresión y ansiedad en el personal, que, si bien no alcanzaban valores clínicamente disfuncionales, sí pudieran generar una vulnerabilidad psicopatológica a medio o largo plazo. En otro estudio, realizado por Rodríguez y Arce (2016), se analizó la evolución del estrés percibido y la sintomatología asociada a la salud mental en una muestra de 935 militares españoles desplegados durante un periodo de seis meses en Afganistán, en tres momentos temporales del despliegue, produciéndose un aumento de todos los marcadores de salud mental, y del estrés percibido, que se fueron reduciendo al final de la misión. Por otra parte, Pérez Hidalgo (2014) encontró, en una muestra de infantes de marina, desplegados en Haití, que cuantas más veces había sido desplegado un militar en operaciones, mayor era el riesgo para su salud mental. Finalmente, Morales et al. (2016), llevaron a cabo un estudio con miembros de las

Fuerzas Armadas españolas y de la Guardia Civil peritados en la Junta Médico Pericial Psiquiátrica de la Sanidad Militar, encontrando que los trastornos más diagnosticados eran: Trastorno de estres postraumatico - TEPT, trastorno ansioso depresivo y trastorno depresivo persistente”.

De lo indicado por Sosa (2023), “en la revisión de los recursos oficiales y privados para el personal militar con discapacidad, se han incluido cuatro de los ejércitos más representativos de la OTAN, como son los de Estados Unidos, Francia, Reino Unido y España, que según el índice Global Firepower, ocupan los puestos 1, 7, 8 y 18 del ranking, respectivamente. La revisión efectuada se resume en la [tabla 1](#)

Tabla 1. Recursos de la Defensa para el apoyo a militares con discapacidad en España, USA, Reino Unido y Francia

PAÍS	PERSONAL CON DISCAPACIDAD	ESTRUCTURAS OFICIALES PARA ATENDERLES	AYUDAS SANITARIAS	AYUDAS SOCIALES	COMPENSACIONES ECONÓMICAS	ASOCIALES Y PROGRAMAS
ESPAÑA	Militares retirados con discapacidad: 11.600 (Mapa de la Discapacidad Militar)	Oficina de Atención a la Discapacidad en las Armadas (DEF/83/2016)32	ISFAS (Instituto Social de las Fuerzas Armadas): https://www.defensa.gob.es/isfas/destacados/Prestaciones/index.html	ISFAS (Instrucción 480/19065/2010 de la Gerencia de hecho ISFAS)62	Pensión de retiro, en función del porcentaje de minusvalía y el de hecho causante con https://www.defensa.gob.es/portal/servicios/servicios/pensionesmilitares/	ACIME (Asociación de Militares y Guardia Civiles Discapacidad) https://www.acime.es/
	Efectivos en activo: 125.000 (https://www.globalfirepower.com/country-military-strength-	Las recogidas en el Plan integral de apoyo a la discapacidad militar (Res. 430/1259/15)60		Acción Social (Orden DEF/1459/2015)63	Seguro Colectivo de las FAS (Consejo Superior de Deporte Militar) https://ejercito.defensa.gob.es/dia/per/apoyo/proteccionmilitar/segurosprofesional/	FAS militar adaptado (Consejo Superior de Deporte Militar)
		Unidad de Apoyo a heridos y familiares de fallecidos y heridos en acto de servicio (O.M. 71/2010)61			Indemnizaciones específicas (RDL 8/2004, de 5 de noviembre, sobre indemnizaciones a los participantes en operaciones de paz y seguridad)64	
		Estructuras de los Ejércitos: https://www.defensa.gob.es/ministerio/organigrama/subdef/digenper/divisionapoyo/ ; https://ejercito.defensa.gob.es/dia/per/index.html ; https://armada.defensa.gob.es/ArmadaPortal/page/Portal/ArmadaEspanola/personal asistencia/prefLang-es/				

PAÍS	PERSONAL CON DISCAPACIDAD	ESTRUCTURAS OFICIALES PARA ATENDERLES	AYUDAS SANITARIAS	AYUDAS SOCIALES	COMPENSACIONES ECONÓMICAS	ASOCIALES Y PROGRAMAS
	Veteranos con discapacidad: 4.000.000 (Sisk25)	U.S. Department of Veterans Affairs (https://www.va.gov/HEALTHPARTNERSHIPS)	Las compensaciones completas por discapacidad incluyen todo tipo de prestaciones sociales y sanitarias a través del Departamento de Veteranos (https://www.va.gov/life-insurance/options-eligibility/s-dvi/)	Poseen programas educativos y de transición ov/warms/topic-vocational-rehabilitation.asp)	Existen compensaciones por discapacidad y dependencia y circunstancias especiales. Pueden ser en forma de indemnización o mensuales (https://www.benefits.va.gov/COMPENSATION/types-compensation.asp ; https://www.va.gov/disability/#get-va-disability-compensation-(pay))	Mental Health Mobility Service Dogs Initiative (www.vetdogs.org); www.K9sforwarriors.org
USA	Efectivos en activo: 1.400.000 (https://www.globalfirepower.com/country-military-strength-detail.php?country_id=united-states-of-america)	Veterans' Administration (https://www.benefits.va.gov/benefits/)		Tienen programas de becas y ayudas para matrículas, libros vivienda. (https://www.benefits.va.gov/Benefits/espanol/gibill_survivor_dependent_assist.asp)	Existe un seguro de protección contra lesiones traumáticas (https://www.va.gov/life-insurance/options-eligibility/tsgli/); https://www.va.gov/life-insurance/options-eligibility/s-dvi/)	Wounded Warrior Project (www.woundedwarriorproject.org/programs/benefits-service) Dive Warriors (https://www.divewarriors.org) WAVES PROJECT (https://www.wavesproject.org) Grant Program Adaptive Sports (https://www.blogs.va.gov/nvspse/grant-program/) Polytrauma (https://www.polytrauma.va.gov/about/special_Programs.asp)

PAÍS	PERSONAL CON DISCAPACIDAD	ESTRUCTURAS OFICIALES PARA ATENDERLES	AYUDAS SANITARIAS	AYUDAS SOCIALES	COMPENSACIONES ECONÓMICAS	ASOCIALES Y PROGRAMAS
REINO UNIDO	Pensionados con discapacidad: 89.180 (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/996157/20210624_-_WPS_National_Statistics_Bulletin_-_O.pdf)	Army Recovery Capability (https://www.army.mod.uk/people/work-well/army-recovery-capability-1/)	Poseen un Centro de Rehabilitación Médica de la Defensa, DMRC Stanford Hall, desde 2018 (https://www.thednrc.org.uk/what-are-we-doing/the-defence-facility-is-up-and-running.aspx)	Apoyo a veteranos (https://www.gov.uk/guidance/support-for-war-veterans)	Cuentan con pensiones para estos casos (https://www.gov.uk/guidance/war-pension-scheme-wps)	Programa de salud mental (VRMPHP) (https://www.gov.uk/guidance/the-battle-back-programme)
	Efectivos en activo: 195.000 (https://www.globalfirepower.com/country-military-strength-detail.php?country_id=united-kingdom)	Estructura de apoyo personal (https://www.gov.uk/topic/defence-armed-forces/support-services-military-defence-personnel-families)	Servicios Médicos de la Defensa (https://www.gov.uk/government/groups/defence-medical-services)	Centros de recuperación de la Defensa (https://www.gov.uk/guidance/defence-recovery-and-personnel-recovery-centres) Servicio de asesoramiento de salud (https://www.chdauk.co.uk/veterans-uk)	Poseen un Plan de compensación de las Fuerzas Armadas para lesiones (https://www.gov.uk/guidance/armed-forces-compensation-scheme-afcs)	Programa Battle Back para entrenamiento deportivo (https://www.gov.uk/guidance/the-battle-back-programme)
FRANCIA	Pensiones reconocidas por invalidez: 27.855 (Bulletin de L'Observatoire Économique de la Défense, juillet 202165)	Oficina Nacional de Antiguos Combatientes (www.onacvg.fr/presentation-de-onacvg)	Service de Santé des Armées (https://www.defense.gouv.fr/espanol/servicio-sanitario/actualites/guide-du-parcours-du-militaire-blese-et-de-sa-famille)	Apoyo psicológico: Ecouté Défense	Existen pensiones e indemnizaciones para este personal (www.cmss.fr/la-cmss/missions-165.html)	Asociación Les Gueules Cassées (https://www.gueules-cassees.asso.fr/)
	Efectivos en activo: 270.000 (https://www.globalfirepower.com/country-military-strength-detail.php?country_id=france)			Rehabilitación psicosocial : ATHOS (https://www.defense.gouv.fr/blesses/fiches-thematiques/athos-dispositif-de-rehabilitation-psychosociale-pour-les-militaires-blesses-psychiques/athos-le-dispositif-de-rehabilitation-psychosociale-dedie-a-l-accompagnement-des-militaires-blesses-psychiques) Empleo: Défense mobilité (https://www.defense-mobilite.fr) Recursos disponibles (https://www.defense.gouv.fr/blesses/fiches-thematiques/militaire-blese-en-dehors-du-service/militaire-blese-en-dehors-du-service)	Rehabilitación psicosocial : ATHOS (https://www.defense.gouv.fr/blesses/fiches-thematiques/athos-dispositif-de-rehabilitation-psychosociale-pour-les-militaires-blesses-psychiques/athos-le-dispositif-de-rehabilitation-psychosociale-dedie-a-l-accompagnement-des-militaires-blesses-psychiques) Empleo: Défense mobilité (https://www.defense-mobilite.fr) Recursos disponibles (https://www.defense.gouv.fr/blesses/fiches-thematiques/militaire-blese-en-dehors-du-service/militaire-blese-en-dehors-du-service)	Asociación Les Gueules Cassées (https://www.gueules-cassees.asso.fr/)

Fuente: elaboración propia con datos de Sosa (2023)

En los cuatro casos revisados, según Sosa (2023), los ministerios de defensa correspondientes tienen contempladas pensiones, subsidios o compensaciones económicas para los militares retirados por incapacidad. También en todos los casos, existen estructuras de apoyo administrativo, psicosocial y sanitario, que se complementan con recursos civiles, especialmente para la puesta en marcha de programas específicos de empleo, ocio, deporte o apoyo psicológico.

En el caso de Estados Unidos, 29,6 % de los 12 millones de veteranos entre 21 y 64 años han informado tener alguna discapacidad, que en el 12,4 % de los casos, guarda relación con el servicio. Se calcula que un 30 % de los soldados que volvieron de las guerras de Afganistán e Irak, padecen una discapacidad derivada del TEPT.

El Department of Veterans Affairs es el órgano del Gobierno norteamericano que se encarga de todo lo relacionado con los veteranos. Dentro de este departamento, está la Veterans Benefits Administration, que ofrece multitud de recursos, desde el abordaje del TEPT y otras discapacidades, la gestión de pensiones e indemnizaciones, las adicciones, las habilidades para controlar la ira y la irritabilidad, la crianza de los hijos, la asistencia para veteranos sin hogar, o la prevención del suicidio, entre otros.

Según la Asociación Mental Health, existen aproximadamente 5 millones de veteranos en Reino Unido, y 20.000 personas abandonan el ejército cada año. El 0,1 % abandonan por razones de salud, muchos de ellos por TEPT. El Departamento de Defensa británico ofrece ayudas económicas para las personas con discapacidad. Estas ayudas van desde ayudas para reformas de la casa, vehículos y transportes, descuentos para TV, concesión de créditos, o exención de impuestos. Desde su Ministerio de Defensa se ofrecen diferentes programas de salud para este colectivo y el sistema nacional de salud tiene un

departamento para atender las necesidades de los veteranos con problemas de salud mental. Cuentan también con el Centro Nacional de Rehabilitación de Defensa (DNRC), que asegura la vuelta a sus vidas de aquellos que se han visto afectados por enfermedades o accidentes, facilitando el acceso a los especialistas necesarios. A estos recursos, se suman iniciativas privadas como la de Help for Heroes, que recauda fondos y trabaja junto a DNRC para promover la reincorporación a la vida civil.

En cuanto a Francia, también cuentan con dispositivos de atención médica, social y psicológica. El aumento de las secuelas psicológicas, desde las operaciones en Afganistán, y el creciente número de operaciones en el exterior, ha puesto de manifiesto la necesidad de una atención más intensa para la reparación de las secuelas psíquicas. La Défense Mobilité es la agencia de empleo del ejército, que promueve la inserción laboral de unos 14.000 militares al año, contemplando de manera específica a los militares con discapacidad, y especialmente a los que padecen TEPT. Existe una Guía del militar herido que resume todas las acciones de las diferentes entidades destinadas a ese colectivo. La Oficina Nacional de Antiguos Combatientes y Víctimas de Guerra (ONACVG), acuerda ayudas financieras para favorecer la reinserción profesional, ayudando y aconsejando a este colectivo, para ello, trabaja en colaboración con su servicio de salud militar, las células de ayuda al herido, y la acción social del ejército, entre otros.

Igual que en los casos anteriores, se fomenta la práctica de actividades deportivas adaptadas. Las entidades que lo promueven son: Centro Nacional de Deportes de la Defensa, Círculo Deportivo de la Institución Nacional de los Inválidos y la Célula de Ayuda a los Heridos del Ejército de Tierra. Cada año se organizan los «encuentros militares de heridos y deporte», con el fin de redescubrir a los heridos la práctica de actividades deportivas

adaptadas a sus patologías. Están organizados por la Federación de Clubes de la Defensa y por el Departamento de Militares Heridos y Deportes. En este aspecto son pioneros, ya que, fue precisamente el neurólogo británico, de origen judío, Ludwing Guttmann, quien aplicó, por primera vez, el deporte para la recuperación de pacientes con lesiones medulares, y lo hizo con excombatientes de la Segunda Guerra Mundial, organizando unos juegos, que constituyeron el preámbulo de los primeros juegos paraolímpicos de la historia¹.

En el caso de España, el MINISDEF tiene regulado las compensaciones económicas, los apoyos y recursos disponibles para los militares con discapacidad. Cuando un militar es retirado del servicio por incapacidad permanente, puede acceder a una pensión, cuya cuantía oscilará en función de su escala y condiciones de adquisición de la incapacidad (atentado terrorista, acto de servicio, no acto de servicio). Además, el Ministerio tiene suscrita una póliza de seguro para dar cobertura en este tipo de situaciones, que incluye diferentes indemnizaciones y ayudas económicas (adaptación de vivienda y vehículo, ortoprótesis, cirugía y hospitalización). Por otra parte, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) tiene reguladas prestaciones sanitarias y sociales para sus afiliados, que incluyen ayudas por dependencia, gran invalidez, adaptación de vivienda y vehículo, asistencia domiciliaria, prótesis, ortoprótesis, etc. Finalmente, cabe destacar subvenciones de acción social para asociaciones, de las que pueden ser partícipes aquellas que representen a la discapacidad militar o realicen actividades en pro de dicho colectivo.

En 2016, se creó la Oficina de Atención a la Discapacidad en las Fuerzas Armadas³² como órgano catalizador de las políticas dirigidas a la protección de las personas con discapacidad en el Ministerio de Defensa. Esta oficina vela para que las actuaciones

desarrolladas en el ámbito de las Fuerzas Armadas en materia de discapacidad se guíen y orienten por los principios de igualdad y no discriminación.

Análisis del modelo de rehabilitación integral aplicado en Colombia al personal Militar herido en combate.

En un estudio preliminar realizado por Lee y Coulthard (2023) destaca la importancia de monitorear sistemáticamente las intervenciones en rehabilitación para identificar barreras y facilitadores en el proceso de reincorporación laboral. Este enfoque basado en datos contribuye a optimizar las estrategias clínicas y administrativas, asegurando que los recursos sean dirigidos eficientemente para apoyar la recuperación física, psicológica y profesional del personal militar (Kristjansson et al., 2020; Smith & Johnson, 2021).

En este sentido, el uso de herramientas específicas para el seguimiento y evaluación de dichos programas ofrece una perspectiva valiosa sobre los factores que influyen en el éxito del retorno al deber.

La rehabilitación integral del personal militar herido en combate constituye un componente fundamental para garantizar su recuperación, integración social y reincorporación laboral efectiva. En el contexto colombiano, este proceso está respaldado por un marco normativo que busca asegurar los derechos y la atención especializada a quienes han sufrido lesiones en el cumplimiento de su compromiso con la nación. Sin embargo, la experiencia internacional ofrece diversos modelos de atención que aportan lecciones valiosas sobre enfoques innovadores y sostenibles en la rehabilitación de militares heridos en combate

Por lo anterior; podemos decir que el personal militar que resulta herido en combate enfrenta no solo retos inmediatos relacionados con la atención médica y la recuperación física, sino también desafíos significativos a largo plazo en su proceso de rehabilitación y reintegración social y profesional. La rehabilitación efectiva de los miembros de las fuerzas armadas que han sufrido amputaciones de extremidades inferiores es un desafío crítico para los sistemas de salud militar y veteranos. En este contexto, el programa de rehabilitación basado en resultados, desarrollado conjuntamente por el Departamento de Defensa (DoD) y el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA), ha surgido como una intervención innovadora para mejorar la funcionalidad y calidad de vida de estos individuos. Este programa móvil se enfoca en atender a miembros de servicio y veteranos con altos niveles funcionales, proporcionando una atención personalizada que integra tecnologías móviles y enfoques centrados en el paciente para maximizar los resultados de rehabilitación (Gaunaurd 2020).

La historia normativa de Colombia en materia de discapacidad y rehabilitación ha sido un proceso constante de reconocimiento de los derechos humanos, que ha llevado a consolidar el deber estatal de garantizar la dignidad, autonomía e inclusión social de todas las personas, en especial de quienes han resultado heridas en cumplimiento del deber. En este contexto, el Ministerio de Defensa Nacional, como garante de los derechos del personal de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ha sido actor clave en la construcción de un modelo de rehabilitación física y reintegración profesional, basado en un enfoque integral y centrado en el respeto a la persona.

La inclusión del personal civil del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional dentro de las disposiciones para rehabilitación y derechos laborales con el Decreto 1214 de 1990 representó un avance significativo en la incorporación del sector defensa en esta política pública, estableciendo una visión integral de la rehabilitación que abarca el ámbito clínico y laboral.

La promulgación de la Constitución Política de 1991 consolidó el marco jurídico, con artículos que garantizan la igualdad (art. 13), promueven políticas de previsión, rehabilitación e integración social (art. 47), aseguran el acceso a un trabajo digno (art. 54) y reconocen el derecho a la educación para personas con capacidades excepcionales (art. 68) (Congreso de Colombia, 1991). Estos preceptos se constituyen en el eje rector para la actuación del Ministerio de Defensa en materia de rehabilitación y reintegración.

Así mismo; la creación del Sistema de Seguridad Social Integral mediante la Ley 100 de 1993 estableció el acceso a la salud para personas con discapacidad como derecho fundamental, facilitando la atención especializada dentro del sector defensa (Congreso de Colombia, 1993). Paralelamente, la Ley 361 de 1997 y la Ley 352 del mismo año fortalecieron los mecanismos de integración social y el sistema de salud para las Fuerzas Militares y la Policía, incluyendo lineamientos específicos sobre discapacidad.

El reconocimiento internacional plasmado en la ratificación del Convenio de la OIT (1988), la Convención Interamericana (Ley 762 de 2002) y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU (Ley 1346 de 2009) reforzaron los compromisos del Estado colombiano para eliminar barreras estructurales y garantizar derechos plenos a las

personas con discapacidad, incluyendo al personal herido en combate (Congreso de Colombia, 1988; 2002; 2009).

Pero en estos últimos años, la normatividad se ha orientado hacia la inclusión laboral efectiva como lo refleja el Decreto 1421 de 2017 reglamentó la atención inclusiva, permitiendo una proyección educativa para los miembros heridos que desean reorientar sus carreras así como la garantía de derechos mediante el establecimiento de cuotas de contratación pública (Decreto 2011 de 2017), incentivos para su cumplimiento (Decreto 392 de 2018) y el reconocimiento de la capacidad legal plena (Ley 1996 de 2019), promoviendo la participación activa y digna del personal con discapacidad en la administración pública.

Esta visión se refuerza con políticas recientes como la Ley 2418 de 2024, que garantiza una reserva de plazas para personas con discapacidad dentro del Sistema de Carrera Administrativa, abriendo nuevos caminos profesionales para quienes han sido afectados por el conflicto armado, la publicación del Documento CONPES 4143 de 2025, que establece la Política Nacional de Cuidado, también abre una puerta esencial para reconocer a los cuidadores del personal herido, tanto familiares como personal asistencial, como actores clave del proceso de rehabilitación y reintegración.

Por otra parte el Ministerio de Defensa, ha integrado estas normativas en un modelo integral de rehabilitación y reintegración, que incluye no solo la recuperación física y psicosocial, sino también el desarrollo profesional y la garantía de derechos. Este modelo se apoya en herramientas técnicas como el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), regulado por la Resolución 583 de 2018 y sus actualizaciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018; 2024). Finalmente, la

implementación de la Política Nacional de Cuidado, mediante el Documento CONPES 4143 de 2025, y la creación de perfiles ocupacionales específicos para cuidadores (Ley 2297 de 2023), visibilizan la importancia del entorno de apoyo en la rehabilitación integral del personal herido (Departamento Nacional de Planeación, 2025; Congreso de Colombia, 2023).

Este capítulo tiene como objetivo analizar las características, componentes y logros del modelo colombiano de rehabilitación en el ámbito militar, verificando así un modelo de rehabilitación física y reintegración profesional del personal herido en combate a largo plazo, realizando una comparación con experiencias internacionales. Este capítulo examina las metodologías y hallazgos recientes sobre los programas de rehabilitación y reintegración laboral en el Ejército Nacional, visualizando la cultura institucional del Ejército Nacional al reconocer que la misión de un soldado no termina cuando sufre una lesión, sino que puede continuar en otras formas de reintegración laboral, a fin de proponer lineamientos que fortalezcan la política nacional en este campo esto ha llevado a:

- La consolidación de programas de rehabilitación integral, que incluyen fisioterapia, psicología, terapia ocupacional, y reinserción laboral.
- La creación de rutas de transición laboral dentro del mismo Ejército, promoviendo el uso de la experiencia y formación del personal retirado en roles administrativos, académicos o logísticos.
- Una mejora en la moral y motivación del personal activo, al percibir que la institución protege y acompaña a quienes han hecho sacrificios por la nación.

- El fortalecimiento del marco de derechos humanos y derecho internacional humanitario, aplicados al interior de las Fuerzas Militares.

Realizando una visión en la experiencia colombiana en el manejo del trauma militar, especialmente a través del Plan Pantera, constituye un referente valioso en la atención integral de los heridos en combate, al combinar eficiencia táctica con visión estratégica de salud militar.

Esta estrategia, implementada desde 2004, se estructuró con base en la matriz de Haddon, teniendo en cuenta que esta matriz es una herramienta de análisis de eventos de lesiones en tres fases, pre evento, evento y post evento y con tres factores el humano, el agente y ambiente (Estrategia de Estadística Bayesiana para la identificación y jerarquización de sitios carreteros a ser considerados en Auditorías de Seguridad Vial para contribuir a reducir lesiones y muertes por accidentes viales: aplicación a la red carretera operada por Caminos y Puentes Federales (CAPUFE) Andrés Aguayo Rico) ; que lo que permitió un enfoque sistémico y escalonado en la atención médica en escenarios de guerra irregular. Su impacto fue evidente: la mortalidad hospitalaria en pacientes con trauma mayor se redujo a un 2,3 %, lo que resalta la efectividad de una atención médica prehospitalaria oportuna y especializada.

Este enfoque no solo garantizó mayor probabilidad de supervivencia, sino que creó las bases para procesos exitosos de rehabilitación física y reintegración profesional en el largo plazo. Es decir, sin una primera respuesta médica sólida y estructurada, los programas de rehabilitación posteriores difícilmente alcanzarían resultados sostenibles. En ese sentido, el Plan Pantera representa un eslabón fundamental dentro de un modelo integral de atención al combatiente herido, que abarca desde el punto de lesión hasta su plena reinserción funcional

y social. Además, el énfasis en la formación académica continua de los equipos de atención evidencia una visión de sostenibilidad y mejora continua, esencial en la medicina militar moderna.

LOGROS Y DESAFIOS DEL MODELO COLOMBIANO DE REHABILITACION INTEGRAL (2020 – 2025)

En Colombia se puede determinar en el periodo del (2020–2025), se ha adelantado los logros y desafíos que se han verificado en el Modelo Colombiano de rehabilitación Integral dentro del marco institucional y de política específico para veteranos y rehabilitación inclusiva. La creación y consolidación de la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva (DIVRI) y la adopción de la Política de Atención Integral al Veterano 2023–2027 formalizan líneas de acción en salud, bienestar, formación y empleabilidad; definen instrumentos como el SIMRI (Sistema de Información Misional de Rehabilitación Inclusiva) y el MRII (Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva), y articulan a Sanidad Militar/Policial con el sector social. (Dirección de veteranos y rehabilitación inclusiva (DIVRI). (2023-2027) Política de atención integral al veterano de la fuerza pública ministerio de defensa nacional).

Modelo asistencial propio en Sanidad Militar con equipos interdisciplinarios y plan individualizado. La Sanidad de las Fuerzas Militares documenta un Modelo de Rehabilitación Funcional/Integral centrado en equipos interdisciplinarios (medicina física y rehabilitación, fisioterapia, TO, fonoaudiología, psicología, trabajo social, enfermería) y en Planes Individuales de Tratamiento (PIT), consistente con lineamientos nacionales de

rehabilitación. (Dirección General de Sanidad Militar. (s.f.) atención integral de población con discapacidad: modelo de rehabilitación funcional) (Ministerio de salud y protección social. (s.f.) Orientaciones Técnicas para la rehabilitación funcional).

Continuidad del “hub” de trauma y rehabilitación del Hospital Militar Central (HOMIC). El HOMIC continúa como centro de referencia para trauma de combate y rehabilitación protésica avanzada, con producción científica y programas complementarios (p. ej., terapia asistida con animales). (Hospital militar central (HOMIC). (2020). Informe de investigación y desarrollo en trauma de combate y rehabilitación protésica avanzada Bogotá: HOMIC.)

Aceleración de telesalud/teleapoyo durante la pandemia. El Decreto 538 de 2020 habilitó medidas para garantizar la prestación de servicios (incluida telesalud) en el marco COVID-19, útil para mantener continuidad de rehabilitación en zonas dispersas. (Ministerio de Salud y protección Social. (2020). Decreto 538 del 12 de abril de 2020. Medidas para garantizar la presentación de Servicios de salud durante la pandemia COVID-19. Diario Oficial).

Ahora bien, los desafíos presentados en el (2020–2025) fueron la Interoperabilidad y calidad de datos. Aunque existe SIMRI, informes y contrataciones públicas que muestran esfuerzos recurrentes de soporte/mantenimiento, lo que sugiere retos de madurez e integración con otros sistemas y con la red prestadora. (Ministerio de Defensa Nacional. (2022). Informe de gestión sector defensa 2022. Bogotá: MDN.)

La transición a reintegración laboral de largo plazo expone una política del veterano reconociendo beneficios y también define actores tales como (CREMIL, CASUR, DIVRI, DSBS), pero persisten cuellos de botella para la reubicación, reconversión y

seguimiento ocupacional sostenido tras el aumento en la clínica.

La tensión histórica entre secuelas físicas y salud mental (TEPT, depresión, dolor crónico) sigue siendo crítica; la literatura clínica militar y la política sectorial reconocen la necesidad de fortalecer la ruta psicosocial y el acompañamiento familiar.

Aunque hay modelo lineamientos, la medición comparativa de desenlaces (funcionales, laborales, calidad de vida) no es pública de manera sistemática 2020–2025; falta un tablero nacional de indicadores comparables por tipo de lesión y región/fuerza.

Al realizar un comparativo internacional de España vs. Colombia (rehabilitación física y reintegración profesional a largo plazo) y un comparativo internacional entre Estados Unidos vs. Colombia

La rehabilitación física integral del personal militar afectado por lesiones en combate constituye un desafío clínico, social y organizacional que requiere políticas públicas multisectoriales integradas. En las últimas dos décadas se han observado transformaciones importantes en los sistemas de salud militar, particularmente en Estados Unidos, donde la articulación entre el Departamento de Defensa (DoD) y el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA) ha producido un ecosistema de atención que busca continuidad vitalicia, acceso a tecnologías avanzadas y medidas de reinserción socioeconómica. Colombia, por su parte, ha desarrollado un modelo con avanzada sensibilidad hacia la inclusión social y la rehabilitación integral, consolidando centros de referencia (BASAN, HOMIC, CRI) y normativas orientadas a los derechos de las personas con discapacidad. No obstante, la

heterogeneidad regional y brechas en seguimiento longitudinal limitan la evaluación de resultados a escala nacional.

A partir de la verificación documental, lineamientos institucionales y la literatura académica, se comparó el modelo de rehabilitación física del personal herido en combate del Ejército de los Estados Unidos y de Colombia; identificando fortalezas y brechas en ambos sistemas, buenas prácticas transferibles y recomendaciones operativas para plantear un modelo colombiano más coherente y sostenible; sin desconocer las diferencias contextuales, presupuestales y sociales entre los dos países. Se generó un marco comparativo estructurado en cinco criterios: gobernanza y normatividad, arquitectura de la ruta de atención, cobertura, prestaciones y financiamiento; continuidad del cuidado; medición de resultados y gobernanza de datos.

- Gobernanza y normatividad

Estados Unidos

El Departamento de Defensa (DoD) lidera la atención durante el servicio activo a través del Defense Health Agency (DHA) y programas específicos como el Recovery Care Program (DoDI 1300.24) y el U.S. Army Wounded Warrior Program (AW2) para casos de alta complejidad (U.S. DoD, 2020; U.S. Army, s. f.). La transición al retiro o descarga se articula con el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA), cuya red de Polytrauma System of Care (PSC) opera en niveles (centros, redes, clínicas satélites) para TBI, amputaciones y trauma complejo (VA, 2022).

Centros de excelencia: Walter Reed National Military Medical Center y Brooke Army Medical Center–Center for the Intrepid concentran cirugía reconstructiva,

prótesis avanzada, rehabilitación intensiva y readaptación física ocupacional (DHA, 2021).

En Colombia la atención en servicio activo está a cargo del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFm) bajo el Ministerio de Defensa Nacional (Ley 352 de 1997; Decretos 1790 y 1791 de 2000). Para rehabilitación integral y reintegración, destacan el Batallón de Sanidad (BASAN), el Hospital Militar Central (HOMIC) y el Centro de Rehabilitación Inclusiva (CRI) en Bogotá, con enfoque biopsicosocial e inclusión (Ávila, 2021). La política de discapacidad e inclusión se sustenta en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley 1346 de 2009) y la Ley 1618 de 2013.

El CRI surgió con cooperación internacional y hoy articula servicios clínicos, terapia ocupacional, readaptación funcional y procesos de inserción educativa y laboral (Barraza, 2023). Existen programas institucionales de rehabilitación integral y apoyos para educación y emprendimiento.

- Arquitectura de la ruta de atención

Estados Unidos

- ✓ Fase aguda y cirugía de control de daños: Evacuación aeromédica escalonada y protocolos de trauma de combate (Joint Trauma System).
- ✓ Rehabilitación subaguda e intensiva: Ingreso a centros militares de alta complejidad; equipos interdisciplinarios (médico-fisiatría, terapia física/ocupacional, salud mental, manejo del dolor, prótesis y ortesis).
- ✓ Transición y reintegración:

- Para quienes continúan en servicio: adaptación funcional y reasignación acorde a perfiles.
- Para quienes egresan: coordinación obligatoria con VA (case management), acceso a prestaciones, vivienda, educación (GI Bill), adaptación del puesto de trabajo y acompañamiento psicosocial.

Colombia

- ✓ Fase aguda: Atención prehospitalaria y hospitalaria en red militar (BASAN, HOMIC) y, de ser necesario, remisiones a alta complejidad civil.
 - ✓ Rehabilitación: Programas interdisciplinarios en BASAN/HOMIC y CRI con énfasis en rehabilitación física, terapia ocupacional, apoyo psicosocial y familiar; intervención para lesiones por minas antipersonal, amputaciones y TBI (Ávila, 2021).
 - ✓ Reintegración socio-laboral: Acceso a procesos de reubicación laboral en la Fuerza o transición a la vida civil con apoyos educativos y de emprendimiento; coordinación con el SENA y entidades territoriales (Barraza, 2023).
- Cobertura, prestaciones y financiamiento

Estados Unidos

Cobertura integral durante servicio activo (DoD/DHA) y posterior (VA). Prestaciones incluyen ortopedia compleja, prótesis microprocesadas, rehabilitación intensiva, salud mental, manejo del dolor, readaptación deportiva

(Warrior Games), educación y empleo; case managers obligatorios y beneficios estatutarios (disability ratings) que financian servicios de por vida (VA, 2022; U.S. Army, s. f.).

El financiamiento estadounidense combina partidas federales específicas para DoD/VA, fondos de investigación y contratos con terceros proveedores.

Colombia

Cobertura para personal activo y retirado según el SSFM. Prestaciones clínicas y de rehabilitación integradas (BASAN, HOMIC, CRI), apoyos para educación/emprendimiento; el financiamiento depende de presupuestos del sector defensa y convenios interinstitucionales. Avances en dispositivos protésicos, aunque con variabilidad regional de oferta y tiempos de suministro (Barraza, 2023)

- Continuidad del cuidado

Estados Unidos

Seguimiento de por vida, la red de VA crea interoperabilidad progresiva de historia clínica y registros longitudinales.

Colombia

La evidencia cualitativa (Ávila, 2021) presenta trayectorias exitosas de rehabilitación integral cuando convergen apoyo familiar, continuidad terapéutica y acceso oportuno a dispositivos; no obstante, persisten brechas en seguimiento longitudinal estandarizado, medición de resultados centrados en el paciente y métricas de reintegración laboral con cobertura nacional (Barraza, 2023)

- Medición de resultados y gobernanza de datos

Estados Unidos cuenta con sistemas de registro que registran variables clínicas, PROMs y resultados funcionales a largo plazo, lo que facilita evaluaciones de efectividad. Colombia carece de un registro nacional estandarizado para rehabilitación militar; las iniciativas existentes son fragmentadas y con diferentes estándares de evaluación. El uso sistemático de PROMs (EQ-5D, WHODAS, PROMIS) es una práctica recomendada y aplicada en Estados Unidos con mayor consistencia.

Así las cosas, se observa que Colombia muestra una arquitectura normativa sólida (CONPES 3591; Ley 1471 de 2011; Política MDN 2014), que reconoce el personal herido en combate, como sujeto de especial protección y perfila la rehabilitación integral. Sin embargo, persiste una brecha de implementación: cobertura desigual en periferias, dependencia de convenios civiles y debilidad en seguimiento por indicadores (Crespo, 2017; Ordoñez, 2025). El énfasis jurídico no siempre se traduce en trayectorias de cuidado continuas y medibles.

El modelo estadounidense se destaca por la capacidad institucional, financiamiento y una tradición de investigación aplicada en rehabilitación (Cifu et al., 2013). Integra gestión de casos, tecnologías protésicas y soporte psicosocial con herramientas digitales.

Ambos modelos reconocen la integralidad, pero divergen en consistencia de la continuidad. EE. UU. tiende a asegurar trayectorias más estables (VA), mientras Colombia reporta tramos críticos entre alta hospitalaria y rehabilitación

comunitaria (Ávila, 2021; Barraza, 2023). En salud mental/PTS y dolor crónico, EE. UU. incorpora intervenciones digitales y programas psicoeducativos; en Colombia el soporte existe, pero con capacidad irregular y cobertura limitada.

En Colombia, el modelo de rehabilitación integral ha avanzado en inclusión laboral y reconversión como parte del modelo (Marrero et al., 2022; Guzmán-Sua et al., 2024), pero enfrenta un déficit de articulación con el sector productivo y escasez de incentivos duraderos. EE. UU. potencia la transición con beneficios educativos y vocacionales más robustos. En ambos contextos, el desafío es sostener el empleo más allá del retorno inicial.

Como experiencia de la pandemia, se dinamizó el servicio de tele-salud en ambos países. EE. UU. escaló en la asistencia médica con rapidez; Colombia avanzó, pero la brecha digital y la heterogeneidad institucional limitaron el alcance (Barreto, 2025). La lección crítica es que la tele - rehabilitación debe ser diseño de sistema, no un “parche” temporal.

Dentro del comparativo Colombia vs. España (2020–2025) podemos determinar unas variables como lo son:

1) Marco institucional y de política

- Colombia: Existe una política específica para veteranos con enfoque integral (salud, bienestar, formación, empleabilidad) gestionada por la DIVRI; incorpora instrumentos como SIMRI y MRII y articula Sanidad Militar/Policial con el sector social. (DIVRI- Política integral al veterano de la Fuerza pública. (20 de noviembre de 2024)

- España.: La reintegración profesional está institucionalizada mediante SAPROMIL (plataforma de transición laboral del Ministerio de Defensa) y apoyos del ISFAS en la vertiente sociosanitaria; además, normativa que facilita el acceso del personal militar a puestos en la Administración civil.

2) Prestación clínica y “hubs” de rehabilitación

- Colombia: El Hospital Militar Central (HOMIL) funciona como centro de referencia para trauma y rehabilitación (incluye programas de visitas/terapias asistidas con perros y un Servicio de Medicina Física y Rehabilitación con enfoque integral).
- España: El Hospital Central de la Defensa “Gómez Ulla” mantiene cartera de Medicina Física y Rehabilitación y opera como hospital público de referencia dentro de la red asistencial madrileña.

3) Reintegración profesional y transición laboral

- Colombia: La política del veterano reconoce beneficios y actores (DIVRI y entidades del sector Defensa), pero los informes públicos reflejan la necesidad de mejorar la reubicación y seguimiento ocupacional post-alta.
- España: SAPROMIL canaliza ofertas y perfiles; existen acuerdos y soporte técnico (ISDEFE) y normativa que habilita concurrir a plazas en la Administración civil, lo que estructura la transición a mediano y largo plazo.

4) Cobertura psicosocial y prestaciones

- Colombia. El modelo de rehabilitación en HOMIL y Sanidad Militar incluye componentes psicológicos y ocupacionales (TO) orientados a reintegración social y laboral.
- España. ISFAS financia prestaciones sanitarias y sociosanitarias (incluida rehabilitación, fisioterapia y logopedia, ayudas técnicas y tratamientos especiales para discapacidad).

5) Información, interoperabilidad y evaluación por resultados

- Colombia: La política referencia instrumentos de información (SIMRI), con desafíos de madurez e interoperabilidad y de visibilidad pública de indicadores comparables (2020–2025).
- España: La evaluación de resultados se apoya en la lógica del SNS y los propios sistemas de Defensa, pero a nivel público la trazabilidad específica de outcomes de reintegración (retorno al trabajo civil) se comunica, sobre todo, vía SAPROMIL más que con tableros de indicadores clínicos.

Conclusiones

En Colombia, se ha consolidado un modelo integral que reconoce la dignidad de los heridos en combate, pero enfrenta desafíos en cobertura regional, sostenibilidad presupuestal e inserción laboral. En contraste, Estados Unidos presenta un modelo más robusto, con mayor financiamiento, innovación tecnológica y cobertura social, lo cual ofrece lecciones útiles para el fortalecimiento del sistema colombiano.

De igual manera, se observa que, si bien se ha avanzado en la normatividad y la construcción institucional, aún persiste una brecha entre las políticas, la ejecución y la

medición de resultados de esta. El reconocimiento legal de derechos no siempre se traduce en oportunidades efectivas de inclusión laboral o acceso igualitario a los servicios.

Asimismo, la atención en salud mental, pese a los programas implementados, carece de la cobertura y la especialización necesarias frente al impacto del trauma de guerra (Jiménez & Páez, 2022).

A diferencia de EE. UU., donde la innovación tecnológica y la investigación son pilares estratégicos, en Colombia la inversión en este campo es limitada, lo que restringe el acceso de los heridos a prótesis avanzadas o terapias de vanguardia. Esto genera una dependencia de colaboraciones internacionales o de convenios puntuales, lo cual debilita la autonomía tecnológica del país.

En suma, el modelo colombiano ha logrado construir un marco institucional y normativo sólido, pero su aplicación enfrenta barreras estructurales (recursos, cobertura, articulación interinstitucional).

Sin embargo en el comparativo de Colombia y España, se puede evidenciar las fortalezas de Colombia: política integral reciente y específica para veteranos (DIVRI), red clínica militar con HOMIL y enfoque interdisciplinario; expansión de telesalud en pandemia. Reto: cerrar la brecha entre alta clínica y reintegración laboral con indicadores de resultados públicos y seguimiento longitudinal.

Fortalezas España: instrumentos robustos de transición laboral (SAPROMIL + normativa de acceso a empleo público) y prestaciones ISFAS con detalle operativo. Reto: mayor publicación de métricas comparables de outcomes de rehabilitación y empleo a largo plazo.

Referencia

- Ávila Rodríguez, L. (2021). Narrativas de soldados, suboficiales y oficiales del Ejército Nacional afectados por una mina antipersonal, en torno a su proceso de rehabilitación desarrollado en el BASAN y en el CRI, Bogotá [Tesis de pregrado, Universidad Externado de Colombia].
- Barraza, D. J. (2023). Gestión de la Rehabilitación Inclusiva para las personas en condición de discapacidad de la Fuerza Pública en Colombia [Diplomado de profundización para grado]. Repositorio Institucional UNAD. <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/56253>
- Benitez Suarez, Fabiola, y Hernan Gonzalez Bisneda. «Modelo de atención en rehabilitación física y mental para el subsistema de salud de las fuerzas militares.» Escuela Superior de Guerra «General Rafael Reyes Prieto», 2012. Print.
- Cifu, D. X., Granier, J. P., Grimes, J., Crowder, T., Pai, A. B., Lew, H. L., Hendricks, A. M., & Amara, J. (2013). <https://doi.org/10.4324/9780203568491-14> The history and evolution of traumatic brain injury rehabilitation in military service members and veterans in the United States. In *Military Health Care* (1st ed., pp. 163–176). Routledge.
- Centro Militar de Rehabilitación de Defensa “Gómez Ulla”. (2020). Informes de Programas de Rehabilitación y reinserción Profesional. Ministerio de Defensa de España)
- Cerezo JJ, García-Alonso LMA y García-Cueto E. Perfiles de vulnerabilidad en sintomatología ansiosa y depresiva en personal militar desplazado en zona de operaciones. I Congreso de Sanidad Militar. 2014. Granada, España.
- Congreso de Colombia. (2011). Ley 1471 de 2011: Normas relacionadas con la rehabilitación integral de los miembros de la Fuerza Pública.
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2009). Documento CONPES 3591: Política de Rehabilitación Integral para los Miembros de la Fuerza Pública.
- Global Firepower. Military Strength Ranking. 2021. Consultado el 9 de agosto de 2021]. <https://www.globalfirepower.com/countries-listing.php>

- Gómez, S., Fajardo, L., Álvarez, A., & Bernal, J. (2011). Modelo de atención del trauma en combate: experiencia colombiana 2005-2010. *Revista Colombiana de Cirugía*, 26(4), 259–267.
- Hospital Militar Central (HOMIC). (2020). Informe de Investigación y desarrollo en trauma de combate y rehabilitación protésica avanzada. Bogotá: HOMIC.
- Hospital Militar Central (HOMIC). (2021). Modelo de rehabilitación integral funcional. Bogotá: HOMIC.
- Hospital Militar Central (HOMIC). (s.f.) Portal institucional; servicio de medicina física y rehabilitación; visitas asistidas con perros.
- Jiménez Buñuales, M., González Diego, P., & Martín Moreno, J. M. (2002). La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. *Revista española de salud pública*, 76, 271-279.
- Ministerio de Defensa Nacional. (2014). Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa.
- Ministerio de defensa de España. (2021). Plan de apoyo al personal Militar con discapacidad y sus familias. Madrid: MINISDEF.
- Ministerio de defensa (España). SAPROMIL- Sistema de aprovechamiento de capacidades profesionales del personal militar, legislación aplicable a la transición; Encomiendas y soporte técnico.
- Ministerio de Defensa Nacional. (2022) Informe de gestión sector defensa 2021-2022. Bogotá: MDN.
- Ministerio de defensa Nacional. (2023). Política de atención integral al veterano 2023-2027. Dirección de veteranos y rehabilitación inclusiva (DIVRI).
- Ministerio de Salud y protección social. (2020_) Decreto 538 del 12 de abril de 2020. Medidas para garantizar la presentación de servicios de salud durante la pandemia COVID-19. Diario oficial de la República de Colombia.
- Morales Rodríguez PP, Medina Amor JL, Gutiérrez Ortega C, Abejaro de Castro LF, Hijazo Vicente LF, Losantos Pascual RJ. Los trastornos relacionados con traumas y factores

de estrés en la Junta Médico Pericial Psiquiátrica de la Sanidad Militar Española.
Sanidad Militar.2016;72(2):116-124.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712016000200007&ting=en

Ordoñez Segura, M. (2025). Estrategias de acompañamiento normativo para exmilitares del conflicto colombiano. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Derecho, Derecho, Bogotá. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12494/58973>

Pérez Hidalgo AM. Estudio de los niveles de ansiedad y depresión en los integrantes de la Misión Hispaniola en Haití. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla. 2014.

Revista Científica General José María Córdova (Revista Colombiana de Estudios Militares y Estratégicos) Bogotá D.C., Colombia ISSN 1900-6586 (impreso), 2500-7645 (en línea) Web oficial: <https://www.revistacientificaesmic.com> < Barreto Montoya, J. (2025). Las personas con discapacidad en contextos de conflicto armado y crisis sanitarias. El caso colombiano. Revista Científica General José María Córdova, 23(50), 465-484. <https://doi.org/10.21830/19006586.1468>

Rodríguez FJ, Arce R. Militares desplegados en misiones internacionales: percepción del estrés y síntomas asociados. Sanid Mil. 2016; 72(1):15-24.
<https://scielo.isciii.es/pdf/sm/v72n1/original2.pdf>

Sosa, P., Alonso, A. G., & Bardera, P. (2022). Discapacidad militar: revisión de recursos psicosociales en los ejércitos de nuestro entorno. Sanidad Militar, 78(3), 159-171.

World Health Organization. The International Classification Functioning, Disability and Health. Gene-va: WHO; 2001

[T1] Referencias (APA séptima edición)

Miron, M. (2019). La guerra irregular, insurgencias y cómo contrarrestarlas. *Revista Científica General José María Córdova*, 17(27), 457-480.
<https://doi.org/10.21830/19006586.497>

