



La inteligencia médica militar, el aporte de la
medicina al conflicto y su proyección en un
escenario de posconflicto en Colombia

Douglas Aldemar Cáceres Castrillón
García Araque Hans Fred

Trabajo de grado para optar al título profesional:
Curso de Información Militar (CIM)

Escuela Superior de Guerra "General Rafael Reyes Prieto"
Bogotá D.C., Colombia

2014

616.98023

C118

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA
CURSO DE INFORMACIÓN MILITAR 2014

64323

**La Inteligencia Médica Militar, el aporte de la medicina al conflicto y su proyección en un
escenario de posconflicto en Colombia**

Presentado por:

Mayor Douglas Aldemar Cáceres Castrillón

Mayor Hans Fred García Araque

Mayor Luis Eduardo Pino Villarreal

Julio de 2014

La Inteligencia Médica Militar, el aporte de la medicina al conflicto y su proyección en un escenario de posconflicto en Colombia

El desarrollo de las civilizaciones trajo consigo el nacimiento de las guerras en muchas ocasiones como continuación de la política o de acuerdo a la famosa interpretación de (Clausewitz, 2008)

“La guerra constituye por tanto, un acto de fuerza que se lleva a cabo para obligar al adversario a acatar nuestra voluntad”

Sin embargo, además de las muchas transformaciones y cambios sociopolíticos, demográficos, económicos y geográficos de las guerras, la presencia de la medicina y su evolución ha ido ligada al desarrollo mismo del conflicto (Gargantilla, 2007). Las experiencias casi “apocalípticas” durante campañas militares a gran escala como las Campañas Napoleónicas entre 1802 y 1812, y la Campaña Libertadora entre 1811 y 1819 con respecto a la atención médica durante el desarrollo de operaciones dieron las primeras luces acerca de la unión indisoluble que debe existir entre el planeamiento operacional y el análisis de las condiciones medioambientales y sanitarias de los diferentes teatros de operaciones antes de ejecutar cualquier misión. Las experiencias y conocimientos obtenidos en forma empírica por muchos de los médicos y enfermeros de combate durante el desarrollo del conflicto interno colombiano, acrecentado en los últimos 15 años, y el impacto que el factor salud ha tenido y seguirá teniendo en el desarrollo exitoso de las operaciones militares han generado la necesidad de plantear en forma concreta, con racionalidad científica, aplicabilidad y funcionalidad los conocimientos, recomendaciones y actividades de vigilancia y análisis operacional requeridos antes de entrar en

cualquier misión con el fin de asegurar el éxito y brindar condiciones de salud en cada una de las fases al personal combatiente, optimizando el recurso humano el cual es el que permite ganar las guerras.

Después de la denominada “Guerra Fría”, las operaciones militares en las cuales se enfrentaban grandes ejércitos con líneas de combate definidas pasaron a la historia. En las últimas décadas lo que las Fuerzas Armadas de países tanto industrializados como en desarrollo han enfrentado son conflictos asimétricos, dentro de los cuales la guerra de guerrillas del país es un buen ejemplo (Sanin, 2006). El otro campo de acción actual de las Fuerzas Armadas es el de las operaciones humanitarias y de fuerzas de paz o estabilidad regional. Esto también ha llevado a un cambio en las características del enemigo y de los teatros de operaciones. La principal característica de la guerra moderna es el despliegue de contingentes militares pequeños equipados con armamento de alta tecnología y alta movilidad. Esto implicó por tanto un cambio en el análisis y concepción de la estrategia y de la táctica.

En enero de 1941, el Ejército de Estados Unidos dio origen al llamado **Equipo Epidemiológico de las Fuerzas Armadas (AFEB)** cuya misión era asesorar a los mandos respecto a medicina preventiva, desarrollar estudios de brotes epidemiológicos, trazar políticas de manejo de agua y alimentos durante el despliegue de operaciones militares y desarrollar investigaciones referentes a enfermedades infecciosas y tendencias epidemiológicas con el fin de asegurar el bienestar de las tropas comprometidas en operaciones. En ese momento surge el concepto inicial de **Inteligencia Médica Militar**. (Kostanidov, 2010)

La interrelación entre la estrategia, la táctica y la logística asegura el cumplimiento de la misión, y dentro de la logística, el análisis de los aspectos sanitarios es fundamental. El concepto emergente de **Inteligencia Médica Militar** trasciende a la medicina operacional, logrando integrar los factores operacionales, estratégicos, tácticos y científicos como uno solo para brindar herramientas de planeamiento en salud eficaces al combatiente y a sus comandantes.

Es imprescindible por tanto que las Fuerzas Armadas de Colombia, en el escenario de las operaciones conjuntas dentro de un conflicto interno con características de guerra asimétrica evolucione también en el análisis de inteligencia adicionando dentro de este las actividades de inteligencia médica militar que permitan mantener el control sobre los riesgos sanitarios a que se exponen las propias tropas y los medios y procedimientos para minimizarlos asegurando el cumplimiento de la misión.

El presente ensayo pretende introducir en la doctrina el término de Inteligencia Médica Militar como elemento fundamental del planeamiento operacional con el fin de diseñar un instrumento que pueda ser utilizado en los diferentes niveles tácticos por los oficiales de sanidad y los comandantes para ofrecer recomendaciones basadas en un análisis riguroso de los aspectos sanitarios más relevantes antes del despliegue de las tropas, y con lo anterior generar nuevo conocimiento en el empleo de la medicina militar que vaya más allá del concepto netamente asistencialista que es el que hoy se realiza.

Es importante para lo anterior iniciar con lo que ha sido la intervención de la medicina militar en el conflicto colombiano y su evolución histórica para partir de una línea de base que

permita posteriormente analizar lo que sería la misma bajo el concepto de la inteligencia médica militar en el presente y en un eventual escenario que algunos han llamado de posconflicto y lo que otros denominan un escenario sin las FARC. (Angulo, 2014)

1. Breve Historia de la Medicina Militar en Colombia

La Medicina Militar moderna, entendida como la aplicación de los conocimientos médicos a la vida militar en tiempos de paz y de guerra, se inicia con la medicina científica a partir del siglo XIX e implica un flujo continuo de conocimientos, científicos y técnicos con la medicina civil. Su campo de acción va desde la incorporación, selección de los hombres y mujeres más aptos para la misión, sigue en los procesos de entrenamiento y de adquisición de destrezas físico mentales de los seleccionados y promovidos, continua con la prevención de enfermedades nutricionales, infecciosas y mentales y de lesiones entre las tropas, prosigue con el tratamiento de las lesiones y enfermedades entre ellas y termina con la atención y recuperación de los discapacitados y lesionados que deja la vida militar. La Medicina Militar se ejerce al momento de los exámenes de reclutamiento, en los cuarteles, en los dispensarios médicos y hospitales., en los frentes de guerra, en las líneas logísticas sanitarias y en los centros de rehabilitación de los enfermos, heridos y discapacitados. Por el tipo de vida de los militares en los cuarteles y de las actividades propias de su profesión, la medicina militar gira en torno ideas precisas sobre la epidemiología de las enfermedades, especialmente infecciosas, en los grupos aislados y se centra en áreas muy precisas del conocimiento médico científico como la influencia de las fuerzas de la gravedad y las presiones barométricas en la medicina aeronáutica y la medicina naval, y trabaja con intensidad en la compresión, manejo y tratamiento del trauma.

En este esquema teórico y con base en la entrada en vigencia de la ley 352 del 17 de Enero de 1997 y del decreto 1795 del 2000 que creó y reglamentó, respectivamente la Dirección General de Sanidad Militar con el objeto de prestar un servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios y en especial, por primera vez definir con precisión la llamada salud operacional y de existir la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, la Medicina Militar en Colombia comenzó a estructurarse mejor en la práctica.

Como menciona (Sotomayor, 2009) “La Medicina Militar en Colombia tiene en la geografía física, política y médica, en la patología regional, en la historia política económica y médica del país, en las cátedras de derecho internacional humanitario y psicología, elementos de contexto muy importantes que deben enmarcar la adquisición de habilidades y competencias técnicas por parte de los estudiantes de medicina de pregrado y posgrado y de los profesionales médicos que se vinculen o estén vinculados con las Fuerzas Armadas, para que atiendan las tareas propias de los arriba señalado campos de acción, en momentos y espacios de esta área específica de la medicina”.

La Medicina Militar en Colombia se ha venido construyendo lentamente desde la fundación de la nación al unísono con la medicina civil y en su desarrollo han influido determinantemente por lo menos los siguientes eventos: La fundación de la Escuela Militar de Cadetes “ José María Córdova” en 1907 y de la Escuela Superior de Guerra en 1909, durante el gobierno de Rafael Reyes, el Conflicto Amazónico Colombo- Peruano de 1932-1934, la inauguración del Hospital Militar Central a finales de los años treinta en su sede de San Cristóbal

y su posterior traslado en 1962 a la sede actual, en el oriente de Chapinero, en Bogotá, la apertura de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada en 1979, la modernización de las Fuerzas Armadas desde 1998 hasta el presente y la mejor definición de salud operacional desde el año 2000. La salud pública general, la salud al interior de las Fuerzas Armadas, la Medicina Militar, son tópicos con un gran impacto en la seguridad nacional y en la moral de sus hombres y mujeres: Las instituciones prestadoras de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía constituyen lugares de trabajo de distinguidos profesionales y espacios destacados de formación e investigación médico quirúrgica en el ámbito nacional.

Las consideraciones y legislación que desde el año 2000 implementa el importante papel de los establecimientos de las Sanidades Militares y de Policía en la defensa y seguridad nacional a todas luces seguirá favoreciendo el despliegue de la Medicina Militar en el ámbito de toda la medicina del país y deja entrever que, en justicia, los problemas de salud pública de toda la población colombiana, al igual que el problema de la seguridad alimentaria general, en términos de ventajas estratégicas y en consideración de las realidades políticas en las que vive el país, también deberían ser considerados asuntos de defensa y seguridad nacional. Unas Fuerzas Armadas saludables deben estar soportadas por un pueblo saludable. Nuestra democracia y nuestra seguridad nacional deben buscar que las ventajas de los militares en términos de su sistema de salud se apliquen a todo el conglomerado social de la nación. Una medicina civil fuerte y organizada, fortalecerá y organizará mejor a la Medicina Militar.

En este contexto sin embargo, se puede determinar que la labor de la medicina militar en el país ha sido netamente asistencialista, enfocada a la promoción, prevención, atención y

rehabilitación de los lesionados y enfermos derivados del conflicto. Pero en las unidades del Ejército en todos los niveles del mando no se ha tenido en cuenta al oficial de sanidad y por ende a la medicina militar como un elemento integrador dentro de las operaciones militares. Situación esta que ha llevado a subestimar o sobreestimar en muchas ocasiones el apoyo logístico de sanidad y que han podido ser un factor contribuyente al fracaso. Es por ello que el siguiente tema cobra vital importancia en la modernización de la medicina militar.

2. Inteligencia Médica Militar, de la Biología al Terreno de Combate

La inteligencia Médica Militar (MEDINT) se define como el producto del procesamiento de información médica, biocientífica, epidemiológica, ambiental y otras relacionadas con la salud humana y/o animal. (Kostanidov, 2010)

Esta inteligencia al ser de una naturaleza técnica específica requiere experticia médica para su dirección y procesamiento dentro del ciclo de inteligencia. De su definición se deduce que está enfocada a los riesgos médicos y a las amenazas sanitarias que eventualmente pueden sufrir las propias tropas al ser desplegadas a un teatro o zona de operaciones. Es importante que para el máximo aprovechamiento de esta información por los comandantes y oficiales de operaciones e inteligencia se presente en una secuencia lógica que permita:

- Identificar los tipos de riesgos sanitarios
- Evaluar la probabilidad de su presentación
- Determinar las estrategias preventivas y las medidas de contención de los mismos

Esta información debe ser manejada por personal de sanidad militar y escrita en lenguaje militar con las normas establecidas para el mantenimiento del secreto operacional. Como toda información de inteligencia debe ser manejada por pocos actores y ser tan concisa como sea posible. Los tres aspectos mencionados se describen a continuación

2.1 El proceso de la MEDINT

Como se mencionó previamente los aspectos secuenciales a desarrollar durante el análisis de inteligencia médica son:

2.1.1 Identificación de los Riesgos Sanitarios: Se han descrito 10 grupos de riesgos sanitarios a los cuales pueden estar expuestas las tropas:

- Acciones del adversario (incluye armas químicas y/o biológicas, armas no convencionales etc.)
- Enfermedades epidémicas y endémicas
- Contaminación ambiental
- Flora y fauna local
- Clima
- Geografía
- Sistema de salud (Red de servicios local) y logística médica
- Accidentes de carretera
- Estrés – Factor psicológico

- Otros: Culturales, creencias, religiones, étnicos etc

2.1.2 Evaluación de probabilidad: Se debe proceder a realizar una evaluación de la probabilidad de ocurrencia de cada uno de los riesgos sanitarios y clasificar la misma así como el tipo de impacto que tendría dicho evento sobre la salud de las tropas. Existen 5 niveles de probabilidad así:

- Mínimo: No hay o hay una mínima probabilidad de que el riesgo sanitario produzca daño a la salud con impacto para completar la misión
- Bajo: Hay un bajo efecto en la salud de las tropas que no incidirá en el cumplimiento de la misión
- Moderado: Factores que producen solamente retardo en el cumplimiento de la misión debido a que el personal afectado es pequeño o a que la manifestación del riesgo es leve.
- Alto: Factores que producen efectos adversos en las tropas y que llevan al no cumplimiento de la misión debido a la incapacidad de un gran número de personal o a la afección de un grupo menor pero con consecuencias severas.
- Extremadamente alto: Un factor que a pesar de emplear las medidas preventivas y de contingencia ocurrirá con un impacto tal que impedirá el desarrollo de la misión.

Es clave realizar el análisis de estos factores para cada curso de acción del planeamiento.

2.1.3 Establecimiento de Medidas de Prevención y/o Contingencia: Después de integrar los dos análisis previos y a la luz de las actividades de medicina operacional deben implementarse las

medidas de prevención y/o contingencia para cada una de las amenazas, esto debe hacerse en forma coordinada con el área de logística.

2.2 Fuentes de la MEDINT

Toda la información de la inteligencia médica militar debe obtenerse de los elementos de la inteligencia operacional en los diferentes niveles del mando. El analista de MEDINT que debe ser idealmente personal médico militar debe entrar en contacto con estas fuentes para obtener los detalles pertinentes a su evaluación de amenazas. En el medio es clave obtener la información especialmente a partir de boletines epidemiológicos nacionales, redes de servicios de salud, direcciones seccionales de salud, hospitales locales etc.

2.3 Componentes de la MEDINT

La Inteligencia Médica Militar para su procesamiento y desarrollo de recomendaciones debe incluir actividades de vigilancia epidemiológica operacional, medicina preventiva y sanidad en campaña, las cuales deben ser conducidas por el personal médico y paramédico en cada unidad militar bajo supervisión continua y compromiso permanente de los comandantes en todos los niveles del mando.

En los siguientes puntos trataremos los diferentes componentes de la Inteligencia Médica Militar y el papel determinante en el planeamiento operacional enfocado específicamente a las doctrina de las Fuerzas Militares de Colombia. Posteriormente se realizará un análisis de su

importancia actual y de su potencial utilidad en el contexto de un escenario de posconflicto o como otros lo denominan un “escenario sin las FARC”.

2.3.1 **Vigilancia Epidemiológica Operacional:** La epidemiología es la ciencia que estudia el comportamiento, la distribución y la tendencia de los eventos determinantes relacionados con el estado de salud-enfermedad en **poblaciones específicas** y la aplicación de este conocimiento a la prevención y control de los problemas de salud. La **epidemiología militar** por ende enfoca su estudio en la población militar, la cual se diferencia de otras comunidades por tratarse de individuos jóvenes, generalmente saludables, cuyo trabajo se desarrolla en ambientes externos y se encuentra sometida a riesgos específicos como trauma, accidentes por maquinaria y armas de fuego, exposiciones climatológicas extremas y riesgos biológicos y químicos. Lo anterior convierte nuestra población militar en un foco de procesos infecciosos, traumatismos y enfermedades ocupacionales los cuales requieren necesariamente de la toma de medidas adecuadas y oportunas de prevención, manejo y rehabilitación por parte de quienes practican la medicina operacional.

El análisis de un despliegue de tropas a cualquier zona geográfica requiere además del raciocinio táctico y estratégico, uno de tipo logístico que incluya todos los medios necesarios para llevarlo a cabo, y dentro del mismo un análisis de las condiciones climatológicas, medioambientales y epidemiológico del área de operaciones con el fin de prever las medidas de profilaxis, vacunación, dotación de botiquines, cadena de evacuación etc., sin lugar a **improvisaciones que comprometan el bienestar de la tropa.**

Según los datos epidemiológicos de la Dirección de Sanidad del Ejército las principales patologías asociadas al contexto operacional según la Tabla 1 son:

Tabla 1: Situación epidemiológica de los principales eventos de interés en salud pública, SIVIGILA 2013

ORDEN	EVENTO MORBILIDAD GENERAL SIVIGILA	TOTAL	%
1	LEISHMANIASIS CUTANEA	3623	38,4%
2	DENGUE	2237	23,7%
3	VARICELA INDIVIDUAL	1527	16,2%
4	AGRESIONES POR ANIMALES POTENCIALMENTE TRANSMISORES DE RABIA	575	6,1%
5	PAROTIDITIS	322	3,4%
6	MALARIA VIVAX	307	3,3%
7	VCM, VIF, VSX	156	1,7%
8	HEPATITIS A	111	1,2%
9	ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR ALIMENTOS O AGUA (ETA)	88	0,9%
10	LEISHMANIASIS MUCOSA	56	0,6%
11	TOS FERINA	49	0,5%
12	INFECCION RESPIRATORIA AGUDA GRAVE IRAG INUSITADA	47	0,5%
13	VIH/SIDA/MORTALIDAD POR SIDA	47	0,5%
14	TUBERCULOSIS PULMONAR	38	0,4%
15	MALARIA FALCIPARUM	36	0,4%
	SUBTOTAL	9219	97,6%
	TOTAL	9441	100,0%

Nota: Tomado de Reporte Aplicativo SIVIGILA DISAN EJC

De acuerdo a los datos anteriores observamos que la tendencia epidemiológica de las actividades operacionales específicamente en el Ejército está marcada por las enfermedades infecciosas, caso especial y relevante la leishmaniosis cutánea que desde el año 2005 adquirió

una tendencia de problema real de salud pública para nuestras tropas. En general las denominadas **enfermedades transmitidas por vectores** tienen una alta incidencia registrada en 32,7 y 58,1 por cada 1000 efectivos, para malaria y dengue respectivamente, esto sin contar con los casos no registrados que infortunadamente pueden llegar a doblar e incluso triplicar estos datos, debido principalmente a serios problemas de registro y vigilancia epidemiológica.

Por otro lado si observamos las causas de morbilidad y mortalidad inherentes a las operaciones militares se puede encontrar la relevancia que tiene el uso de artefactos explosivos que resultan más incapacitantes que letales, con el subsecuente costo derivado de la compleja atención médica y rehabilitación de los soldados afectados; así mismo la morbilidad operacional también está influenciada por factores medioambientales, psicológicos y de seguridad personal, según los datos de los boletines de salud operacional de la Dirección de Sanidad del Ejército en lo corrido del presente año, según Tablas 2 y 3.

Tabla 2: Principales Causas de Heridos en Combate enero – mayo de 2014

Tabla 2	
Principales Causas de Heridos en Combate	
Enero a Mayo 2014	
CAUSA	%
ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	55.8
ENFRENTAMIENTO Y FRANCO TIRADOR	39.8
AGRESION EXTERNA	1.0
EXPLOSIVOS-MUNICION	1.0
DISPARO ACCIDENTAL	0.4
QUEMADURAS	0.4
ACCIDENTE FRATRICIDA	0.2
DESCARGA ELECTRICA	0.4
CAIDA ACCIDENTAL	0.4

Fuente: Informe Salud Operacional DISAN EJC 2014

Tabla 3: Principales Causas de Muertos en Combate enero – mayo de 2014

Tabla 3	
Principales Causas Muertos en Combate	
Enero a Mayo 2014	
CAUSA	%
ARTEFACTOS EXPLOSIVOS	32.8
ENFRENTAMIENTO Y FRANCO TIRADOR	63.6
AGRESION EXTERNA	1.6
EXPLOSIVOS-MUNICION	1.0
ACCIDENTE FRATRICIDA	1.0
DISPARO ACCIDENTAL	0.0
QUEMADURAS	0.0
DESCARGA ELECTRICA	0.0
CAIDA ACCIDENTAL	0.0

Fuente: Informe Salud Operacional DISAN EJC 2014

Nota: Tomado de Jefatura de Salud Operacional DISAN EJC

Si a lo anterior se suma el escaso recurso de personal sanitario y peor aún su distribución inequitativa en el territorio nacional y la baja cobertura del sistema de seguridad social en salud, se evidencia que el problema sanitario a nivel nacional es de grandes magnitudes y por tanto, la sanidad militar como subsistema dentro del mismo debe partir del análisis de estos indicadores para trazar políticas a corto y mediano plazo tendientes a mejorar las actividades de medicina preventiva, ocupacional y operacional.

Es factor determinante dentro del planeamiento operacional que los oficiales de sanidad realicen como miembros de la plana mayor o el estado mayor especial un modelo de anexo epidemiológico que permita proyectar los problemas de salud que podrían presentarse en las tropas durante el desarrollo de la misión específica y que este, el factor epidemiológico fuera

tenido en cuenta en el análisis METT-T. Se presenta una propuesta de este modelo compuesto por dos documentos; el primero un instrumento de consolidación y registro de la información médica del área de operaciones en el Anexo 1 y el segundo corresponde al análisis y recomendaciones derivadas de la información relevante del documento anterior en el Anexo 2; estos documentos complementan el presente ensayo. (Ver anexos 1 y 2)

Para resumir los puntos críticos a tener en cuenta en el análisis epidemiológico operacional con base en los datos actuales de tendencias para el Ejército serían:

- Las enfermedades transmitidas por agua y alimentos en especial la Hepatitis Viral tipo A son causa importante y potencialmente prevenible de morbilidad mediante utilización de normas básicas de saneamiento ambiental y sanidad en campaña y ampliación de la cobertura de vacunación.

- Las unidades altamente móviles como las Brigadas Móviles, La Fuerza de despliegue Rápido, La Fuerza de Acción Decisiva, la Brigada de Fuerzas Especiales, los batallones de Comandos etc. deben ser intervenidas con mayor énfasis en políticas agresivas de medidas de protección personal, vacunación y profilaxis y sanidad en campaña.

- Las unidades ubicadas en la zona del Urabá antioqueño y chocoano al igual que en las regiones selváticas de Guaviare, Guainía, Vichada y Vaupés deben contar con medios rápidos de diagnóstico, disponibilidad de tratamientos e igualmente estrategias agresivas de medicina preventiva con el fin de disminuir el impacto de las enfermedades transmitidas por vectores.

- Deben optimizarse los procesos sanitarios dentro de las actividades de selección e incorporación y el manejo de compañías de instrucción en las cuales las condiciones de hacinamiento favorecen el desarrollo de brotes epidémicos de toda índole especialmente infecciones respiratorias, exantemáticas y meningitis.

- Nuevamente se hace énfasis en que antes de ingresar a cualquier área de operaciones se debe tener en cuenta el análisis epidemiológico operacional con base en datos estadísticos como los aquí mencionados, teniendo presente además la morbilidad sentida de la población nativa y las experiencias adquiridas por unidades que hayan estado en mencionadas zonas con el único fin de programar actividades de inteligencia médica militar durante el planeamiento y no en fases posteriores al mismo.

Solamente una adecuada vigilancia epidemiológica operacional permitirá disminuir los efectos mórbidos sobre las tropas en los teatros de operaciones y el delineamiento de políticas multisectoriales de intervención en salud pública por parte de nuestras Fuerzas Armadas.

2.3.2 Medicina Preventiva y Sanidad en Campaña

La llamada **Sanidad en Campaña** no es más que el conjunto de actividades, recomendaciones y estrategias desarrolladas durante las operaciones militares con el fin de optimizar los servicios de higiene y saneamiento básico, manejo de aguas y alimentos y medicina preventiva disminuyendo la incidencia de enfermedades en la tropa ya sea en el área de

operaciones o puestos de mando manteniendo la capacidad de combate y apoyo de combate.

(Caceres & Pino, 2005)

Como antecedentes normativos de implementación de la sanidad de campaña en el Ejército tenemos:

- Constitución Política de Colombia de 1.991, Título II, capítulo 1, artículo 25. *“Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas”*.
- Decreto 1795 de septiembre 14 de 2000, por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Entró en vigencia a partir del 1° de enero del 2001.
- Acuerdo No. 005 de mayo 30 de 1997, por el cual se aprueba el plan de servicios de sanidad militar y policial en lo referente a los programas de salud operacional, salud ocupacional, accidentes de trabajo y enfermedad profesional y medicina laboral.
- Acuerdo No. 57 de abril 15 de 1999 por el cual se aprueba el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial, en lo que respecta a promoción y mantenimiento de la salud en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares.
- Ley Novena, título III de enero 24 de 1.979, Norma para preservar, conservar y mejorar la salud de los individuos en sus ocupaciones.

- Resolución Número 02400 de mayo 22 de 1979, Normas sobre vivienda, higiene, y seguridad en los establecimientos de trabajo, Capítulo VI De los campamentos de trabajo.
- Decreto Número 614, del 14 de marzo de 1.984, de la Presidencia de la República, por el cual se determinan las bases para la organización y administración de la salud ocupacional en el país.
- Resolución Número 1016 del 31 de marzo de 1.989, de los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Salud, por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los programas de salud ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país.
- Manual FF.MM 4-2, Medicina Preventiva.
- Directiva Número 000036 de marzo de 1999, Campaña Nacional de Prevención de Enfermedades Responsabilidad del Comandante.

Esta serie de normas sin embargo no han tenido un gran impacto sobre los indicadores de morbilidad como se detalló en el punto anterior, ya que las enfermedades favorecidas por malas condiciones sanitarias continúan siendo uno de los más grandes problemas de nuestra salud pública.

Uno de los grandes retos a los que debe enfrentarse el oficial y suboficial de sanidad durante el desarrollo de operaciones es la instalación correcta desde el punto de vista sanitario de campamentos, zonas de Vivac y puestos de apoyos y servicios para el combate. En un estudio

realizado por el Centro Nacional de Entrenamiento a las áreas de Vivac de la Fuerza de Despliegue Rápido en el año 2.000 en la guarnición de Tolemaida se encontraron las siguientes fallas:

- Área de ubicación del vivac insuficiente para el número de hombres que deben pernoctar en este sitio (El área correspondiente para dormir una persona en vivac o campamento provisional es de 1.60 por 2.30 metros, o sea 3.70 metros cuadrados, con una distancia mínima entre un cambuche y otro de 1 metro por lo menos).
- Presencia de charcas y aguas estancadas que predisponen la proliferación de mosquitos y zancudos.
- Tanques y sitios de almacenamiento de agua destapados (se contamina el agua y proliferan larvas de zancudos y mosquitos).
- Inadecuada instalación y mantenimiento de letrinas, duchas y orinales (prolifera la presencia de microorganismos y moscas que recogen microorganismos en estas áreas contaminadas y posteriormente se posan sobre los alimentos y el agua).
- Personal bañándose descalzo y lavando ropa en el mismo sitio donde se ducha (hay personal que escupe y orina en este mismo sitio).

- Cantidad de letrinas, duchas y orinales insuficientes para la cantidad de personal (debe haber una ducha, letrina y orinal por cada 15 hombres).
- Falta de trampas o filtros bacterianos para el drenaje y conducción de aguas lluvias, servidas a un pozo séptico (por lo cual se observan charcas y humedad constante, predisponiendo a la proliferación de vectores transmisores de enfermedades).
- Conservación del hielo enterrado y cubierto con cisco (se contamina).
- Inadecuado e insuficiente suministro de agua, por lo cual el personal opta por consumir la de quebradas o sumideros (no apta para consumo humano), especialmente durante las actividades de instrucción.
- Personal que labora en los ranchos de campaña no tiene el uniforme y elementos mínimos para manipulación de alimentos (guantes, tapabocas, delantal y gorro) o exámenes médicos que confirmen que puede manipular alimentos sin ningún peligro para el resto de personal (carnet de manipulador de alimentos).
- Ubicación de basureros cerca al rancho (por lo cual se observa presencia moscas y animales de carroña).
- Presencia de desperdicios alimenticios (sobras de comida, cáscaras, etc.) botados en el piso, especialmente alrededor del rancho.

- Canecas de depósito de basuras y desperdicios alimenticios dentro o muy cerca del rancho, sin tapa y con presencia de moscas.
- Presencia de botaderos de basura y otros elementos (botellas, latas, plásticos, bolsas, etc.) por todas las áreas del vivac. (No se designa un sitio específico, para poder de esta forma ejercer un adecuado control del manejo de las basuras).
- Falta de lavado, limpieza (con hipoclorito o cloro) y mantenimiento de los carrotanques y tanques móviles de campaña, los cuales suministran agua al personal del vivac o campamento.
- Inadecuada distancia para ubicación de letrinas, basureros y orinales (la distancia prudente para ubicación de estos sitios es entre 100 y 200 metros del de vivac o carpas), por lo cual se observa presencia de moscas y vectores dentro de los campamentos.
- Falta de aprovechamiento del personal del área de sanidad que tienen las unidades tácticas para que realicen continuamente charlas al personal de soldados sobre hábitos higiénicos, higiene personal, manejo de letrinas, duchas, ranchos y en general actividades de medicina preventiva y sanidad en campaña.
- Insuficiente cobertura médica para realizar revisiones periódicas del estado de salud del personal con el fin de detectar precozmente enfermedades, dar tratamiento oportuno, evitar complicaciones y/o prevenir una posible epidemia.

Lo anterior demuestra que a pesar de que existen las normas sobre sanidad en campaña, estas son tenidas muy poco en cuenta al momento de instalar una zona provisional ya sea para operaciones o reentrenamientos.

El desarrollo de las misiones operacionales del Ejército frecuentemente –por no decir siempre- se realiza en zonas caracterizadas por: Clima (cálido, tropical húmedo) y medio ambiente (altas precipitaciones de lluvias) propicios para la proliferación de vectores (mosquitos) transmisores de enfermedades (Dengue, malaria, leishmaniasis, fiebre amarilla, etc.), ubicación en municipios generalmente endémicos para enfermedades transmitidas por vectores (por ejemplo: Girardot, Melgar, San José del Guaviare, Mitú) y despliegues a zonas selváticas en ocasiones inexploradas, con epidemiología desconocida lo que favorece la transmisión de enfermedades poco comunes en otros sitios como Fiebre Amarilla, Micosis sistémicas, Leishmaniosis cutánea etc.

Lo anterior obliga al personal de sanidad a conocer detalladamente las normas de sanidad en campaña especialmente las referentes a higiene y saneamiento ambiental básico y salubridad de agua y alimentos para poder asesorar y recomendar a sus comandantes. Como anexo en un manual se expondrían las actividades dirigidas de saneamiento ambiental básico de campaña para tener en cuenta por parte de los oficiales y suboficiales de sanidad de las diferentes unidades y que faciliten el asesoramiento en el contexto del anexo de inteligencia médica militar.

Dentro de la medicina preventiva quizás las actividades más importantes a desarrollar en las propias tropas son las de inmunizaciones y las de medidas de barrera especialmente para las enfermedades transmitidas por vectores.

El propósito de la vacunación es proteger a un individuo y a la comunidad de una enfermedad específica, desde la más temprana edad posible, durante un tiempo prolongado, utilizando vacunas de comprobada y elevada eficacia, con el menor número de dosis y aplicaciones y un muy reducido riesgo de reacciones adversas. Las vacunas disponibles en la actualidad cumplen en su gran mayoría con estos preceptos, sin embargo a medida que la capacidad de prevenir más enfermedades aumenta y la amenaza de armas biológicas se convierte en una realidad tangible, el calendario de inmunizaciones en el personal militar se torna más complicado.

Debe existir un balance entre las necesidades del personal militar y la disponibilidad de vacunas, mediante el análisis y valoración de las estrategias de vacunación, la optimización de los programas, los costos de las vacunas especialmente en un país como Colombia y las condiciones de mantenimiento seguro de los biológicos que optimice la efectividad de estos esquemas. Se debe desarrollar en todos los niveles del mando el concepto integral de la vacunación como la estrategia de mayor costo efectividad en la prevención de enfermedades en el personal, y de esta forma garantizar el cumplimiento de los esquemas aún por encima de las actividades operacionales.

El estado de vacunación del personal militar debe hacer parte integral de su sanidad y debe incluirse en toda historia clínica ya sea en un ambiente intrahospitalario como durante el desarrollo de operaciones, con el fin de aprovechar toda circunstancia de contacto entre el individuo y el personal de salud para actualizar sus esquemas de inmunización. Como anexo se debe describir el esquema de vacunación recomendado por la OMS para los adultos (mayores de 19 años).

3. El Oficial de Sanidad como un Oficial de Inteligencia

Después de la descripción del proceso de la inteligencia médica militar sin duda el requisito indispensable para el analista de MEDINT es que reúna la condición técnica del conocimiento médico y el conocimiento táctico de la inteligencia militar y que domine tanto uno como otro lenguaje. Para ello es indispensable que se haga un replanteamiento de la actividad netamente asistencialista que ha caracterizado las actividades de medicina operacional especialmente en el Ejército para evolucionar el proceso a la integración de la MEDINT en el anexo de inteligencia operacional y que el oficial de sanidad haga parte activa en las diferentes fases de las operaciones militares, pero esencialmente en el planeamiento.

Como aporte de este ensayo quedan los modelos en Anexo 1 y 2 como una propuesta del documento de análisis operacional de la inteligencia médica militar el cual se propone para ser incluido en el manual de operaciones inicialmente del Ejército como estrategia para la minimización de los riesgos sanitarios a las propias tropas y para facilitar la toma de decisiones del comandante y su estado mayor.

4. La Inteligencia Médica Militar como Herramienta de la Medicina Militar en el Posconflicto

Vislumbrando un posible escenario de posconflicto, han sido muchas las hipótesis consideradas por diversos autores respecto al papel de las Fuerzas Militares en dicha coyuntura.

Para (Marulanda, 2013) :

“Una reasignación de tareas a la Fuerza Pública, por ejemplo, la de los ingenieros militares a obras públicas. “Eso es vital en este momento, cuando la infraestructura del país necesita avanzar para cumplir con los TLC, y en eso los ingenieros militares serían de gran utilidad. Igualmente, las tropas destacadas al cuidado de la infraestructura petrolera podrían dedicarse a otras actividades, incrementando el esquema de seguridad fronteriza con Venezuela, Ecuador, Perú, Brasil y Panamá”. En otras palabras, todo el potencial humano y tecnológico que está en manos de las Fuerzas Militares se pondría más al servicio del desarrollo del país que a la confrontación interna. Sin embargo, Marulanda advierte: “Aunque se logre la paz, el narcotráfico quedará en manos de muchos de las FARC que van a seguir en eso. Ese va a ser el principal problema que va a enfrentar el país y ahí la Fuerza Pública tendrá un papel que jugar”.

En caso de que se alcance un escenario de paz, Marulanda destaca para la Fuerza Pública la posibilidad de seguir ofreciendo a otros países su amplio conocimiento en la lucha contra la insurgencia y contra el narcotráfico, pues se ha venido convirtiendo en entrenadora e intercambiadora de experiencias”.

Ante lo anterior, está claro que para la sanidad militar no puede haber opción diferente a mantener y optimizar su doctrina. Somos una de las Fuerzas Armadas mejor equipadas y

entrenadas del continente lo cual obliga a continuar el proceso de modernización, si bien no para afrontar con el mismo esfuerzo el conflicto interno colombiano, si tendremos que intervenir en el análisis de escenarios de confrontación internacional y por ello es imprescindible que adquiramos e incorporemos en nuestra doctrina las actividades de inteligencia médica militar, que como se ha dicho previamente es la evolución del concepto de la medicina operacional. Más aún cuando las amenazas diferentes a las FARC permanecerán y podrían inclusive incrementarse.

(Castaño, 2002) Considera también importante un rediseño en el pensamiento de la función de las fuerzas militares con énfasis en la educación y el reentrenamiento:

“En este proceso, sobresale la necesidad de que las FFMM se responsabilicen exclusivamente de la defensa nacional frente amenazas externas; la necesidad de replantear el tamaño, la ubicación y los roles apropiados para unas FFMM que actualmente son intensivas en recursos humanos y volcadas hacia la seguridad interna y; la necesidad de empezar desde ahora un profundo proceso de reentrenamiento y re-educación”

Por lo anterior deberá reforzarse el entrenamiento en medicina táctica a los oficiales médicos de todas las fuerzas aunado a las experiencias logradas durante la fase de escalonamiento del conflicto interno. Las escuelas de formación y las direcciones de sanidad deben liderar este proceso para consolidar las lecciones aprendidas y modernizar el servicio de medicina militar con pensamiento estratégico evolucionado.

5. Conclusiones

La Inteligencia Médica Militar es el producto del procesamiento de información médica, biocientífica, epidemiológica, ambiental y otras relacionadas con la salud humana y/o animal enfocado a las operaciones militares, con el objeto de mantener la salud de los efectivos y mantener las probabilidades de éxito de la misión. Es un concepto que trasciende, integra y moderniza a la medicina operacional y permite involucrar al oficial de sanidad como un agente de inteligencia y logística de vital importancia en el planeamiento operacional.

Tradicionalmente el papel que se la ha asignado al oficial médico militar en las Fuerzas Armadas de Colombia ha sido de tipo asistencialista, enfocado principalmente en el tratamiento de las complicaciones de la guerra, en rescate y evacuación aeromédica y en algunas actividades de logística como abastecimiento de botiquines de combate. Esto en unas Fuerzas Militares que están en modernización no puede ser tan restringido, por lo cual debe darse paso a un análisis operacional del aspecto sanitario en las operaciones ya que sin duda este es uno de los factores primordiales del éxito.

El presente ejercicio académico pretendió analizar el papel de la sanidad militar en el conflicto interno colombiano y posteriormente introducir y desglosar el concepto de la Inteligencia Médica Militar proponiendo adicionalmente un anexo operacional detallado y destinado al análisis operativo de sanidad para el desarrollo de las órdenes de operaciones que en el futuro haga parte del manual de operaciones del Ejército. Adicionalmente se plantearon algunas propuestas de intervención de la inteligencia médica militar en un eventual escenario

posconflicto. Es necesario que este primer esfuerzo por generar un cambio enfocado a la modernización de la doctrina de sanidad militar sea evaluado por el mando a fin de incorporar estas propuestas en el planeamiento operacional y en el entrenamiento de los médicos militares.

Referencias

- Angulo, M. (enero de 2014). Análisis de las percepciones de los colombianos sobre el proceso de paz y el posconflicto desde una perspectiva de género. *Colombia Internacional* 80 , 14.
- Caceres, D., & Pino, L. (2005). *Manual de Inteligencia Médica Militar*. Trabajo de grado, Ejército Nacional, Escuela de Logística.
- Castaño, J. (29 de febrero de 2002). En el escenario postconflicto, ¿Cuál podría ser el empleo de las FFMM ? *Geopolítica, Seguridad y Defensa* , 15-19.
- Clausewitz, C. (2008). *De la Guerra*. Madrid: Grijalbo.
- Gargantilla, P. (2007). *Breve Historia de la Medicina* (Vol. 1). Madrid: Nowtilus.
- Kostanidov, R. (2010). *Medical Intelligence as a Tool Enhancing Situational Awareness* . NATO.
- Marulanda, J. (11 de mayo de 2013). El papel de las FFMM en el posconflicto. *El País* , pág. 15.
- Sanin, F. (2006). *Nuestra Guerra sin Nombre, transformaciones del conflicto en Colombia* (Vol. 1). Bogotá, Colombia: Norma.
- Sotomayor, H. (2009). La Medicina y la Guerra: El lento Despliegue de la Medicina Militar en Colombia. *Revista MED* , 17 (2), 293-306.

ANEXO 1 MODELO DOCUMENTO PARA REPORTE DE INFORMACION DE INTELIGENCIA MEDICA MILITAR

REPORTE DE INFORMACION DE INTELIGENCIA MEDICA MILITAR

FECHA:

UNIDAD MILITAR:

OFICIAL SANIDAD QUE ELABORA EL REPORTE:

CLASIFICACION:

ITEM	DESCRIPCION
A. INFORMACIÓN GENERAL	
1. LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA:	
a. Cartas de Situacion Militar.	
b. Coordenadas geográficas.	
2.TOPOGRAFÍA:	
3. CONDICIONES CLIMATICAS:	
4. RANGOS DE TEMPERATURA:	
5. POTENCIAL PARA DESASTRES NATURALES:	
6. COMUNICACIONES - DISPONIBILIDAD Y FIABILIDAD:	
7. POTENCIAL DE EVACUACION:	
a. Terrestre - Caminos -Carreteras	
b. Aereo- pistas- aeropuertos.	
c. Acuaticos - Puertos - Rios - Mar.	
d. Tiempos de trasporte.	
8. RIESGOS FÍSICOS INDUSTRIALES:	
a. Radiaciones Ionizantes y no ionizantes.	
b. Biológicos.	
c. Químicos.	
9. MINAS:	
10. POTENCIAL ARMAS ENEMIGO (quimicas-biologicas-convencionales- no convencionales)	
B. FACTORES SOCIALES Y POLÍTICOS	
1. DENSIDAD DE POBLACIÓN CIVIL Y DISTRIBUCIÓN REGIONAL:	
2. ESTADISTICAS POBLACION CIVIL:	
a. Tasa de mortalidad.	
b. Perfil demográfico.	

ANEXO 1 MODELO DOCUMENTO PARA REPORTE DE INFORMACION DE INTELIGENCIA MEDICA MILITAR

c. perfil epidemiologico	
3. ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN:	
4. ASPECTOS CULTURALES:	
5. DESPLAZADOS:	
6. RELIGION:	
7. INFLUENCIAS ECONOMICAS Y POLITICAS:	
C. PRESENCIA Y MÉTODOS DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD	
1. ENFERMEDADES ENTERO-DIARREICAS:	
2. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS:	
3. ENFERMEDADES DE LA PIEL:	
4. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:	
5. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES:	
6. INMUNIZACION	
7. OTROS	
D. HIGIENE / SANEAMIENTO	
1. AGUA:	
a. Fuente.	
b. La calidad y el tipo de tratamiento.	
c. Cantidad.	
d. Capacidades para tratar y distribuir.	
e. Instalaciones para bañarse.	
2. RECURSOS ALIMENTARIOS:	
a. Hábitos alimentarios.	
b. Disponibilidad de alimentos.	
c. Condiciones sanitarias.	
3. MANEJO DE RESIDUOS ORGANICOS:	
4. MANEJO DE RESIDUOS NO ORGANICOS:	
5. ACCESO Y DISPONIBILIDAD DE DROGAS ILICITAS:	
6. ACCESO Y DISPONIBILIDAD A PROSTITUCION:	
E. PLANTAS Y ANIMALES DE IMPORTANCIA MEDICA:	
1. PLANTAS:	
a. Efectos y presentacion:	

ANEXO 1 MODELO DOCUMENTO PARA REPORTE DE INFORMACION DE INTELIGENCIA MEDICA MILITAR

b. Antídoto / tratamientos	
2. ANIMALES:	
a. Efectos y presentación:	
b. Antídoto / tratamientos.	
3. ANIMALES CALLEJEROS:	
a. Efectos y presentación:	
b. Métodos de control.	
c. Rabia.	
4 INSECTOS - VECTORES:	
a. Ocurrencia.	
b. Métodos de control.	
c. Instalaciones de producción de plaguicidas	
5 OTRAS ANTROPOZOONOSIS:	
F. SERVICIOS DE SALUD CIVIL:	
1 SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA / PROGRAMAS medicina preventiva.:	
a. Organización y administración.	
b. Capacidades médicas de rutina y de emergencia.	
c. Programas de educación.	
d. Planificación de desastres.	
2. HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD:	
a. Organización y estructura.	
b. Ubicación.	
c. Proximidad a los aeropuertos, helipuertos, puertos de mar y otros medios de transporte y potencial para aterrizaje de aeronaves en las instalaciones medicas	
d. Direcciones y teléfonos.	
e. Posibilidades de apoyo (dar / recibir).	
f. Descripción.	
(1) Servicios Médicos Generales.	
(2) Capacidad y Planta Física.	
(3) Calidad y cantidad de personal médico.	
(4) Servicios médicos de emergencia.	
(5) Evacuacion de victimas (servicio de ambulancia terrestre / aéreo).	

ANEXO 1 MODELO DOCUMENTO PARA REPORTE DE INFORMACION DE INTELIGENCIA MEDICA MILITAR

(6) instalaciones médicas / quirúrgicas especializadas habitaciones.	
(7) Servicios de apoyo médico y diagnóstico, incluidos servicios farmacéuticos	
(8) capacidades de banco de sangre.	
(9) capacidad de los laboratorios clínicos, incluyendo microbiología, química.	
(10) Capacidad de atención de heridos en masa.	
(11) Instalaciones para el cuidado dental.	
(12) Capacidad atención de quemados.	
G. SANIDAD MILITAR	
1 SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA / PROGRAMAS medicina preventiva.:	
a. Organización y administración.	
b. Capacidades médicas de rutina y de emergencia.	
c. Programas de educación.	
d. Planificación de desastres.	
2. HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD:	
a. Organización y estructura.	
b. Ubicación.	
c. Proximidad a los aeropuertos, helipuertos, puertos de mar y otros medios de transporte y potencial para aterrizaje de aeronaves en las instalaciones médicas	
d. Direcciones y teléfonos.	
e. Posibilidades de apoyo (dar / recibir).	
f. Descripción.	
(1) Servicios Médicos Generales.	
(2) Capacidad y Planta Física.	
(3) Calidad y cantidad de personal médico.	
(4) Servicios médicos de emergencia.	
(5) Evacuación de víctimas (servicio de ambulancia terrestre / aéreo).	
(6) instalaciones médicas / quirúrgicas especializadas habitaciones.	
(7) Servicios de apoyo médico y diagnóstico, incluidos servicios farmacéuticos	
(8) capacidades de banco de sangre.	
(9) capacidad de los laboratorios clínicos, incluyendo microbiología, química.	
(10) Capacidad de atención de heridos en masa.	
(11) Instalaciones para el cuidado dental.	
(12) Capacidad atención de quemados.	

ANEXO 2 MODELO DOCUMENTO PARA ANALISIS DE AMENAZAS DE INTELIGENCIA MEDICA MILITAR

ANALISIS DE AMENAZAS DE INTELIGENCIA MEDICA MILITAR

FECHA:

UNIDAD MILITAR:

OFICIAL SANIDAD QUE ELABORA EL ANALISIS:

CLASIFICACION:

ITEM	AREA	AMENAZA	PROBABILIDAD	DESCRIPCION	RECOMENDACIONES
A	INFORMACION GENERAL				
B	FACTORES SOCIALES Y POLITICOS				
C	PRESENCIA Y METODOS DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD				
D	HIGIENE / SANEAMIENTO				
E	PLANTAS Y ANIMALES DE IMPORTANCIA MEDICA				
F	SERVICIOS DE SALUD CIVIL				
G	SANIDAD MILITAR				

BIBLIOTECA CENTRAL DE LAS FF. MM.
"TOMAS RUEDA VARGAS"



201000136